



PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA
Teléfono: 1-415-925-7070

Nombre: _____ Fecha: _____

Número(s) de cuenta: _____

Estimado paciente,

Con el fin de procesar su solicitud para asistencia financiera, incluya la siguiente información cuando devuelva la solicitud:

- o Copias de sus 2 recibos de pago más recientes
 - o Si está *desempleado* – copia del cheque mensual por desempleo
 - o Si está *discapacitado/jubilado* – copia del cheque del Seguro social/discapacidad mensual
- o Declaración de impuestos federal más reciente - si trabaja *por cuenta propia*, incluya todos los horarios
- o Copias de estados de cuenta bancarios de los últimos 2 meses
- o Si usted reclama que no recibe un ingreso, debe proporcionar la documentación sobre cómo se sustenta a sí mismo

En el caso de recibir una solicitud para asistencia financiera que solo está parcialmente completada, le enviaremos una solicitud para la documentación necesaria. Tenga en cuenta que hasta que toda la información haya sido proporcionada, no enviaremos su solicitud para revisión, y se le seguirá cobrando el monto total adeudado.

Por favor, devuelva esta información en un plazo de 25 días a partir de la fecha de esta carta. Asegúrese de incluir el departamento al que va a enviar su información.

Enviar a MarinHealth Medical Center
3950 Civic Center Drive
Suite 200
San Rafael, CA. 94903
ATTN: FINANCIAL ASST. DEPT.

Por fax a 1-415-507-0713
ATTN: FINANCIAL ASST. DEPT.

Agradeceremos su respuesta oportuna.

Atentamente,

Patient Financial Services

Consejos útiles –

- Si no puede proporcionar algo que le ha sido solicitado, envíe una carta explicando por qué.
- Su estado de cuenta bancario debe mostrar todos los depósitos/retiros. Si sus depósitos no coinciden con sus ingresos declarados, por favor explicar por qué.
- Si trabaja por cuenta propia, envíe sus estados de cuenta bancarios tanto personales como comerciales.
- Asegúrese de enviar toda la información solicitada tanto suya, como de su cónyuge.