



*The Heart of a  
Healthy Community™*

¿PREGUNTAS?  
(909) 777-0740  
(909) 777-0763

## ARROWHEAD REGIONAL MEDICAL CENTER SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

400 N. PEPPER AVE  
COLTON CA 92324  
ATTN: PATIENT ACCOUNTS DEPARTMENT

Correo electrónico: [patientaccounts@armc.sbcounty.gov](mailto:patientaccounts@armc.sbcounty.gov)  
Teléfono: 1-877-818-0672  
Fax: (909) 777-0815

Esta solicitud corresponde a los programas de asistencia financiera de Arrowhead Regional Medical Center, que incluyen al (1) Programa de Atención de Beneficencia y al (2) Programa de Pago con Descuento. Los criterios de cumplimiento de requisitos para estos programas se pueden encontrar en las políticas de Atención de beneficencia y Pago con descuento para pacientes de Arrowhead Regional Medical Center.

Seleccione el programa para el que presenta la solicitud:

- Programa de Atención de Beneficencia (atención gratuita)
- Programa de Pago con Descuento (tarifas reducidas)

Para que su solicitud esté completa, deberá incluir la siguiente documentación:

- Copia de una identificación con fotografía
- Evidencia de ingresos familiares (recibos de sueldo o declaraciones de impuestos sobre la renta recientes)
- Declaración de apoyo si no tiene ingresos

Si no se presenta toda la documentación requerida con la solicitud, se considerará que la solicitud está incompleta. El proceso de solicitud toma aproximadamente 30 días a partir de la fecha en que se recibe la solicitud.

Los pacientes que presenten una solicitud solo para el Programa de Pago con Descuento podrían recibir una asistencia financiera menor que la que puede estar disponible en el marco del Programa de Atención de Beneficencia.

Esta solicitud para el Programa de Pago con Descuento corresponde únicamente a los cargos de Arrowhead Regional Medical Center ("ARMC") y no se aplica a los honorarios profesionales que los proveedores, tales como médicos, anesestesiólogos, radiologías, laboratorio, etc., facturan de manera independiente. Usted será responsable de abonar estos cargos.

Arrowhead Regional Medical Center tiene una lista de proveedores no cubiertos. Puede acceder a la lista en línea en [www.arrowheadregional.org/documents/ARMC-NON-COVERED-PROVIDER-LIST](http://www.arrowheadregional.org/documents/ARMC-NON-COVERED-PROVIDER-LIST) o solicitar una copia llamando al Departamento de Cuentas de Pacientes de ARMC al 1-877-818-0672.



*The Heart of a  
Healthy Community™*

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ CÓNYUGE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

GARANTE NRO.: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

Nro. de historia clínica \_\_\_\_\_

ESTADO FAMILIAR:

- Si el paciente tiene 18 años o más, indique lo siguiente: cónyuge, pareja de hecho, personas a cargo menores de 21 años o personas a cargo de cualquier edad en caso de discapacidad.
- Si el paciente tiene menos de 18 años o es un hijo a cargo de 18 a 20 años, ambos inclusive, indique lo siguiente: el progenitor, los familiares de la persona responsable y los demás hijos a cargo de los familiares del progenitor o la persona responsable que tengan menos de 21 años (o de cualquier edad si son discapacitados).

(Si necesita más espacio, utilice la página 5)

Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



*The Heart of a  
Healthy Community™*

**EMPLEO Y OCUPACIÓN**

Empleo: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Si es trabajador independiente, nombre de la empresa:

\_\_\_\_\_

Empleo del cónyuge: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Si es trabajador independiente, nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

**INGRESO MENSUAL ACTUAL**

	Paciente	Cónyuge
Salario bruto mensual	_____	_____
Sección A (ingresos no percibidos):		
Pensión del Seguro Social	_____	_____
Jubilación o beneficios de VA	_____	_____
Desempleo	_____	_____
Pagos recibidos por pensión alimenticia o manutención de menores	_____	_____
Otros (especificar)	_____	_____
Ingresos totales:	_____	_____

Encierre uno en un círculo:

¿Reúne usted los requisitos para MEDICARE?  
¿Reúne usted los requisitos para MEDI-CAL?

SÍ O NO  
SÍ O NO



*The Heart of a  
Healthy Community™*

CONFIRME LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

- Declaro bajo pena de perjurio que las respuestas que he dado son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.
- Comprendo que se me puede exigir que aporte evidencia de la información que estoy proporcionando.
- Confirmando además que, como contraprestación por recibir servicios de atención de la salud debido a un accidente o una lesión, reembolsaré al condado el producto de cualquier litigio o acuerdo derivado de dicho acto.

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente o del garante) (Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma del cónyuge)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)



*The Heart of a  
Healthy Community™*

Espacio adicional para comentarios: