

PROGRAMA DE GARANTÍA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA (HCAP) Y SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

Persona responsable: _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Nombre del paciente: _____
(Es obligatoria una solicitud por paciente) APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Fecha de los servicios hospitalarios: _____
MES DÍA AÑO MES DÍA AÑO

Dirección del paciente en la fecha del servicio: _____
CALLE N.º DE APARTAMENTO
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL CONDADO

Dirección actual: _____
CALLE N.º DE APARTAMENTO
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL CONDADO

Complete la siguiente información: Si el paciente tiene 18 años o más, debe completar esta solicitud. Indique todos los miembros del grupo familiar a continuación. Incluya al paciente, al padre y la madre del paciente (sin importar si viven o no en el hogar) y los hijos (naturales o adoptivos) menores de 18 años que viven en el hogar junto con el paciente.

NOMBRE	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO Y EDAD DEL PACIENTE (en el momento del servicio)	INGRESO BRUTO TOTAL EN LOS 3 MESES ANTERIORES A LA FECHA DEL SERVICIO	INGRESO BRUTO TOTAL EN LOS 12 MESES ANTERIORES A LA FECHA DEL SERVICIO	FUENTE DE INGRESOS NOMBRE DEL EMPLEADOR (INDIQUE SI ES ESTUDIANTE UNIVERSITARIO)
	PACIENTE				

*Se pueden agregar miembros adicionales de la familia al dorso de esta solicitud.

- Si informó un ingreso total de cero, ¿cómo se mantiene?
- ¿El paciente contaba con seguro de salud o Medicaid en el momento de recibir los servicios hospitalarios? Sí No

Nombre de la(s) compañía(s) de seguros o programa de Medicaid: _____
 Número(s) de ID del titular del seguro o número de ID de Medicaid: _____

SE DEBE PROPORCIONAR DOCUMENTACIÓN DE VERIFICACIÓN:

- PRUEBA DE RESIDENCIA EN LA FECHA DEL SERVICIO = Factura de servicios públicos, factura de teléfono o cable, recibo de alquiler, factura de tarjeta de crédito, su tarjeta de registro de votante, copia de su licencia de conducir o tarjeta de identificación estatal.
- EMPLEO = ingresos de 3 o 12 meses o declaración firmada si se cobra en efectivo.
- EMPLEO POR CUENTA PROPIA = Formulario 1040 de la Declaración de impuestos (página 1), incluido el Anexo C y la declaración de ingresos firmada.
- CARTA DE BENEFICIOS = Seguro social, desempleo, Asuntos de Veteranos (VA), pensión y discapacidad.
- OTROS = Otros ingresos, como ingresos por alquiler, etc.

Firmando a continuación, certifico haber leído atentamente esta solicitud y declaro que todo lo indicado y la documentación que adjunto es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. **Comprendo que es ilegal presentar información falsa con conocimiento e intencionalmente para obtener ayuda económica.**

Firma de la parte responsable _____ Fecha en que se completó _____