



San Joaquin General Hospital / A Division of San Joaquin County Health Care Services

Por Favor Provéanos los Documentos o Informativo siguientes en el día de su cita a completar su solicitud.

1. Una Identificación con foto del gobierno de los Estados Unidos o unos de los estados.
2. Tarjeta de Seguro Social (REQUERIDA).
3. Tarjeta de residente permanente o' Prueba de Naturalización o' Ciudadanía de los Estado Unidos.
4. Prueba de su residencia en el Condado de San Joaquín (por ejemplo un gasto de luz) aunque este bajo nombre de otra persona.
5. Declaración de la hipoteca de su Casa o recibo de su renta mas reciente.
6. Si esta viviendo con alguien provea por favor una carta notarisada de parte de esta persona que explica su arreglo por los gastos o' favor de traer ha esa persona a su cita.
7. Prueba de Ingreso: Talones de pago. (Los cuatro meses mas reciente si esta empleado, compensación de incapacidad de trabajo o discapacidad) por todo de los miembros de su familia que vive en su casa.
8. Si usted o' su cónyuge trabaja por su propia cuenta, necesita proveer sus documentos financieros de su negocio.
9. Verificación de beneficios de desempleado por UD. o miembros de su familia, Llame **1- 800-300-5616** a registrar un derecho por beneficios o' Reporte de Ingreso del Seguro Social.
10. Si recibe "General Relief", un informe SJ64 de su trabajador de la elegibilidad que demuestra su numero del caso y estado actual.
11. Si esta viviendo en una programa de rehabilitación, un a carta del director del programa que afirma la fecha de su entrada a esta programa y su fecha prevista de la terminación.
12. Estado de Cuentas Bancarias (Los 3 meses pasados), si trabaja por su propia cuenta provea su Cuentas Bancarias de su negocio.
13. Verificaciones de sus bienes. (IRA's, 401K's, Stocks, Bonds, Mutual Funds, Póliza de seguro de vida, registros de automóviles).
14. Retorno de impuestos. (completa por el ano más reciente con todas copies de los W-2s).
15. Carta de su trabajo que indique si su compañía le ofrece/no ofrece seguro medico.
16. Prueba de Divorcio o' Separación, si es aplicable.
17. Prueba de negación de Medí-Cal, si es aplicable.

Post Office Box 1020 • Stockton • California 95201 • (209) 468-6000



**SAN JOAQUIN GENERAL HOSPITAL
MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM
APPLICATION**

FORMULARIO DE EVALUACIÓN FINANCIERA

Programa de ingreso y gastos actuales

Paciente: _____ Cónyuge: _____

Soltero () Casado () Separado () Divorciado () Viudo () Pareja ()

MR# _____ MR# _____

Dirección: _____

Tel.: _____ Mensaje/Otro tel.: _____

Número de Seguro Social: _____

(paciente) (cónyuge)

Fecha de nacimiento: _____

(paciente) (cónyuge)

Liste todos los dependientes que mantiene, y que viven actualmente con usted

Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Parentesco
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Posible acceso a fuentes categóricas de financiamiento Marque uno con un círculo, si corresponde

NOTA: Informe al paciente que la información solicitada a continuación se usará solamente para determinar posible acceso a programas disponibles de financiamiento y no afectará la atención clínica que reciban en el hospital.

- ¿Está o estará discapacitado durante más de un año? S N
- ¿Es veterano de las fuerzas armadas? S N
- Si es mujer, ¿se le ha diagnosticado con cáncer de mama o del útero? S N
- Si es mujer mayor de 40 años, ¿planea realizarse una mamografía? S N
- Si es mujer mayor de 25 años, ¿planea realizarse una prueba de Papanicolau? S N
- Si es hombre, ¿se le ha diagnosticado con cáncer de próstata? S N
- ¿Busca ayuda para necesidades de la salud reproductiva (embarazo o solicitud de anticonceptivos)? S N
- ¿Solicita ayuda para un hijo/dependiente menor de 21 años con un padecimiento relacionado a la salud mental? S N
- ¿Tiene usted o los miembros de su familia algún otro padecimiento para que cual solicitan tratamiento o necesitan ayuda? S N

Empleo y ocupación: Tiempo completo () Tiempo parcial ()
Por su cuenta () Jubilado ()

Empleador: _____ Puesto: _____
¿De temporada? Sí () No ()

Persona a quién llamar: _____ Tel.: _____

Si trabaja por su cuenta, anote el nombre de su empresa: _____

Empleador de su cónyuge: _____ Puesto: _____
Tiempo completo () Tiempo parcial () Por su cuenta () Jubilado ()

Persona a quién llamar: _____ Tel.: _____

Si trabaja por su cuenta, anote el nombre del negocio: _____

Ingreso mensual actual

Paciente	Cónyuge
Pago bruto del empleo (antes de deducciones)	\$ _____ \$ _____
Ingreso de la empresa (si trabaja por su cuenta)	\$ _____ \$ _____
Otro ingreso: _____	\$ _____ \$ _____
Seguro Social/Discapacidad	\$ _____ \$ _____
Pensión alimenticia, pagos de manutención	\$ _____ \$ _____
Ingreso mensual total actual (sume todas las cantidades anteriores)	\$ _____ \$ _____

Bienes y deudas

Ofrezca lo que calcule que es el valor de las casas, automóviles o bienes similares. Además, indique cuánta deuda tiene actualmente.

Bienes:

a. Hogar principal \$ _____
b. Otras casas o propiedades \$ _____
c. Automóviles \$ _____

Marca: _____ Modelo: _____

Marca: _____ Modelo: _____

d. Cuentas de cheques/ahorros \$ _____

Banco: _____ Cantidad: _____

Banco: _____ Cantidad: _____

e. Inversiones/otras (especifique) \$ _____

