



## Cómo solicitar ayuda para las facturas médicas en San Antonio Regional Hospital

Asegúrese de leer todo antes de completar el formulario.

Cuando solicite ayuda para pagar su atención médica en San Antonio Regional Hospital (SARH), revisaremos dos programas diferentes. Uno se llama Beneficencia de SARH y el otro, Pagos con descuento. Para saber si puede recibir ayuda de estos programas, su familia debe tener un ingreso igual o menor a una cierta cantidad.

Para el programa Beneficencia de SARH:

- Para recibir ayuda total, los ingresos familiares deben ser del 300 % o menos de las normas federales de pobreza.
- Si su familia gana más del 300% del nivel federal de pobreza, podría recibir ayuda o descuentos..

Es importante proporcionarle a SARH toda la información que le solicitamos para que podamos determinar la mejor manera de ayudarlo. Después de que nos entregue toda la documentación necesaria, recibirá una carta dentro de los 30 días para informarle si se le ofrecerá ayuda con sus facturas médicas.

**PASO 1:** Lea la siguiente lista y elija la mejor manera de mostrar cuánto gana. Adjunte copias de todos los documentos. No envíe los documentos originales, ya que no se los devolveremos. Si olvida enviar algún documento, revisar su solicitud podría tomar más tiempo o incluso podría no recibir ayuda de este programa.

Tipo de ingreso	Documentación solicitada
Ingreso por empleo	Copia de la declaración de impuestos individual (1040 del año tributable actual) <input type="radio"/> Copia de los dos talones de pago más recientes
Trabajo por cuenta propia	Copia de la declaración de impuestos individual (1040 del año tributable actual, incluso la planilla C).
Seguro Social/ Jubilación	Copia de la declaración de impuestos individual (1040 del año tributable actual) <input type="radio"/> Copia de la carta de adjudicación del Seguro Social que indique el pago mensual.
Discapacidad	Copia de la declaración de impuestos individual (1040 del año tributable actual) <input type="radio"/> Copia de la carta de adjudicación que indique el pago por discapacidad
Desempleo	Copia de la declaración de impuestos individual (1040 del año tributable actual) <input type="radio"/> Copia de la carta que indique la cantidad mensual otorgada

### **PASO 2. Complete y firme la solicitud adjunta.**

¿Necesita ayuda con la solicitud? LLAME al Departamento de asistencia financiera de SARH al (909) 980-9511, de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m.

### **PASO 3. Envíe su solicitud con toda su documentación a:**

Patient Financial Services Attn: Financial Assistance  
999 San Bernardino Road Upland, CA 91786

**O puede enviar su solicitud y toda su documentación por correo electrónico a [BillingInfo@sarh.org](mailto:BillingInfo@sarh.org)**

(Rev. 07/15/25)



## Solicitud de asistencia financiera para pacientes

### Información del solicitante (garante)

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	
Dirección		Ciudad, estado, código postal	
Teléfono/teléfono móvil	Número de cuenta del garante	Número de expediente médico	Número de seguro social
Nombre del cónyuge/tutor legal (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	
Teléfono/teléfono móvil		Número de seguro social	
¿Su cónyuge también solicitará asistencia financiera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de identificación del solicitante:	Número de expediente médico	

### NÚCLEO FAMILIAR/DEPENDIENTES

Tamaño del hogar: \_\_\_\_\_ Haga una lista de los familiares que viven con usted en su hogar, como cónyuge, concubino calificado e hijos dependientes menores de 21 años o, si son discapacitados, de cualquier edad. Incluya otros hijos discapacitados dependientes del cuidador del paciente.

Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Número de expediente médico:
Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Número de expediente médico:
Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Número de expediente médico:
Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Número de expediente médico:

Fuente de ingresos	Solicitante	Cosolicitante	Ingreso mensual combinado
Empleo/Trabajo por cuenta propia			
Seguro social			
Discapacidad			
Anualidad			
Pensión alimenticia			
Otros			

**ACUERDO FINANCIERO Y AUTORIZACIÓN PARA INFORME DE CRÉDITO**

Prometo que todo lo que he escrito en esta solicitud es verdadero y correcto. Todos los documentos adjuntos son copias reales de los originales. Entiendo que es ilegal mentir sobre esta información y que no recibiré ayuda de este programa.

Firma del paciente/garante  <b>X</b>	Fecha (dd/mm/aaaa)
Firma del cónyuge del paciente/garante  <b>X</b>	Fecha (dd/mm/aaaa)

Le enviaremos una carta para informarle si es posible que reciba ayuda con sus facturas médicas.