

**EL CENTRO REGIONAL MEDICAL CENTER**  
**FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION INSTRUCTIONS**

**Instructions**

As part of our commitment to serve the community, El Centro Regional Medical Center elects to provide financial assistance to patients/guarantors who are financially indigent or medically indigent and satisfy certain requirements.

To determine if a patient/guarantor qualifies for financial assistance, we need to obtain certain financial information. Your cooperation will allow us to give all due consideration to your request for financial assistance.

Please provide the following information and copies of information with your financial assistance application:

1. Statement of Financial Condition
2. Documents to verify income

| <b>Please provide <i>one or more</i> of the following:</b>                                                                                                                                                                                                      | <b>Please provide a copy of the following:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>A. IRS Form W-2, Wage and Earnings Statement for all household earnings;</li> <li>B. Last two pay check stubs for all household earnings; and/or</li> <li>C. Bank statement that contains income information.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Governmental Assistance, Social Security or Workers' Compensation, if applicable</li> <li>B. Unemployment compensation letter, if applicable</li> <li>C. Income tax return for previous year (required if patient/guarantor files taxes; if not please provide document from A or B above)</li> </ul> |

In the event income verification is unavailable, please contact our office for further instructions. Applications without income verification are considered incomplete and will not be processed. For assistance in completing this application, please contact El Centro Regional Medical Center at 760-339-7277, Monday through Friday from 8:00 AM to 5:00 PM. Please return the application and verification of income documents within 14 calendar days to:

Patient Accounting Department-Financial Counseling  
 El Centro Regional Medical Center  
 1415 Ross Avenue  
 El Centro, California 92243

Please note that physicians providing services at El Centro Regional Medical Center are not employees of El Centro Regional Medical Center. You will receive separate bills from your private physician and from other physicians whose services you required (e.g. surgeon, radiologist, anesthesiologist, pathologist, hospitalist, etc.). The Financial Assistance Application does not apply to any amounts due by you for physician services. For questions regarding their bills, or to make payment arrangements for physician services, please contact the individual physician's office. We will notify you of your eligibility following receipt and review of all necessary information. The notification will be mailed to the mailing address you have provided on the Financial Assistance Application.

**EL CENTRO REGIONAL MEDICAL CENTER  
STATEMENT OF FINANCIAL CONDITION**

PATIENT NAME/SSN: \_\_\_\_\_ ACCOUNT NO. \_\_\_\_\_

GUARANTOR NAME/SSN: \_\_\_\_\_

GUARANTOR NAME/SSN: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_

PHONE: \_\_\_\_\_

**FAMILY STATUS:** List all dependents in the household

| Name  | Age   | Relationship |
|-------|-------|--------------|
| _____ | _____ | _____        |
| _____ | _____ | _____        |
| _____ | _____ | _____        |
| _____ | _____ | _____        |
| _____ | _____ | _____        |

**EMPLOYMENT AND OCCUPATION**

Employer: \_\_\_\_\_ Position: \_\_\_\_\_

Contact Person and Telephone: \_\_\_\_\_

If Self-Employed, Name of Business: \_\_\_\_\_

Spouse Employer: \_\_\_\_\_ Position: \_\_\_\_\_

Contact Person and Telephone: \_\_\_\_\_

If Self-Employed, Name of Business: \_\_\_\_\_

**CURRENT MONTHLY INCOME**

|                                                       | Guarantor | Guarantor |
|-------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| Gross Pay (before deductions)                         | _____     | _____     |
| Add Income from Operating Business (if Self-employed) | _____     | _____     |
| Add Other Income:                                     |           |           |
| Interest and Dividends                                | _____     | _____     |
| From Real Estate or Personal Property                 | _____     | _____     |
| Social Security                                       | _____     | _____     |
| Other (specify):                                      | _____     | _____     |
| Alimony or Support Payments Received                  | _____     | _____     |
| Subtract Alimony, Support Payments Paid               | _____     | _____     |
| Equals Current Monthly Income                         | _____     | _____     |

Total Monthly Income (combine both Guarantors)

---

**FAMILY SIZE**

Total Family Members

(Add patient, guarantors and dependents from above)

\_\_\_\_\_

By signing this form, I agree to allow El Centro Regional Medical Center to check employment and credit history for the purpose of determining my eligibility for a financial discount. I understand that I am also required to provide the documents outlined in the ECRMC Financial Assistance Application Instructions within 14 days.

\_\_\_\_\_  
Signature of Guarantor

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Guarantor

\_\_\_\_\_  
Date

# El Centro Regional Medical Center

## INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR AYUDA ECONÓMICA

**Instrucciones:**

Como parte de nuestro compromiso para servir a la comunidad, El Centro Regional Medical Center (ECRMC) ha decidido proporcionar ayuda financiera a pacientes / fiadores que tienen necesidades médicas y que son personas de bajo ingreso, sin seguro médico, o que de otra forma no puedan pagar el cuidado médico necesario basado en sus necesidades económicas, como se define por las Normas Federales del Ingreso de Pobreza (*Federal Poverty Income Guidelines*). La ayuda económica no se considera como un sustituto de la responsabilidad personal, y se espera que los pacientes / fiadores cooperen con el proceso llevado a cabo por ECRMC para obtener ayuda financiera, así como que contribuyan a los gastos de su atención médica, en base a su habilidad individual de pago.

Para determinar si el paciente / fiador llena los requisitos para recibir la ayuda económica necesitamos obtener cierta información financiera. Su cooperación nos permitirá darle toda la debida consideración a su solicitud para dicha ayuda. Haga el favor de proporcionar la siguiente información, así como copias de los documentos requeridos junto con su solicitud para ayuda económica.

- 1. Estado de condición financiera y**
- 2. Documentos para verificar su ingreso**

| <b>Por favor proporcione uno o más de lo siguiente:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Por favor proporcione una copia de los siguientes:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Formulario W-2 IRS, estado de ingresos y de todas las personas asalariadas que viven en la casa;</li> <li>B. Los dos últimos talonarios de ingresos de todas las personas asalariadas que viven en la casa; y/o</li> <li>C. Estados de cuenta bancarios con información de ingresos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Asistencia gubernamental, Seguro Social, o Compensación por accidentes laborales; si aplica.</li> <li>B. Carta de compensación por desempleo; si aplica.</li> <li>C. Declaración de impuestos del año anterior.<br/>Nota: Requerido si el paciente declaró sus impuestos.</li> </ul> |

En el caso de que no se disponga de una verificación de ingresos, póngase en contacto con nuestra oficina para recibir instrucciones adicionales. Las solicitudes que no vengan acompañadas de una verificación de ingresos se considerarán incompletas y no serán procesadas. Para solicitar ayuda para completar esta solicitud, llame El Centro Regional Medical Center al 760-339-7277, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

**Por favor, envíe la solicitud y la documentación de verificación de ingresos en un plazo de 14 días calendario, a:**

Patient Accounting Department-Financial Counseling  
 El Centro Regional Medical Center  
 1415 Ross Avenue  
 El Centro, California 92243

Tome nota de que los médicos que proporcionan servicios en El Centro Regional Medical Center no son empleados de El Centro Regional Medical Center. Usted recibirá una factura por separado de su médico y de otros médicos cuyos servicios usted haya solicitado (esto es, cirujano, radiólogo, anestesiólogo, patólogo, pediatra especialista en niños hospitalizados, etc.). La Solicitud de Ayuda Económica no cubre ninguna cantidad pendiente que usted deba por honorarios médicos. Para preguntas relacionadas con dichas facturas o para hacer arreglos de pago por honorarios médicos, comuníquese al consultorio del médico en cuestión. Le notificaremos acerca de su elegibilidad después de recibir y revisar toda la información necesaria. La notificación se enviará por correo al domicilio que usted nos ha proporcionado en su Solicitud de Ayuda Económica.

**El Centro Regional Medical Center  
DECLARACIÓN DE CONDICIÓN FINANCIERA**

NOMBRE DEL PACIENTE/SSN \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FIADOR/SSN \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FIADOR/SSN \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_

**CONDICIÓN FAMILIAR:** Enumere todos los dependientes que viven en la casa

| <u>Nombre</u> | <u>Edad</u> | <u>Parentesco / Relación</u> |
|---------------|-------------|------------------------------|
| _____         | _____       | _____                        |
| _____         | _____       | _____                        |
| _____         | _____       | _____                        |
| _____         | _____       | _____                        |
| _____         | _____       | _____                        |
| _____         | _____       | _____                        |

**EMPLEO Y OCUPACIÓN**

Empleador: \_\_\_\_\_

Posición: \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono de persona a contactar:  
\_\_\_\_\_

Si trabaja por cuenta propia, nombre del negocio:  
\_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge: \_\_\_\_\_

Posición: \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono de persona a contactar:  
\_\_\_\_\_

Si trabaja por cuenta propia, nombre del negocio:  
\_\_\_\_\_

**Fiador**

**Fiador**

**INGRESO MENSUAL ACTUAL**

Ingreso bruto (antes de deducciones)

|                                                                |       |                     |
|----------------------------------------------------------------|-------|---------------------|
| Agregue Ingreso de negocios activos (si trabaja por su cuenta) | _____ | _____               |
|                                                                | _____ | _____               |
| Agregue Otros ingresos:                                        |       |                     |
| Intereses y dividendos                                         | _____ | _____               |
| De bienes raíces o de propiedad personal                       | _____ | Seguro Social _____ |
| Otros (especifique):                                           | _____ | _____               |
| Pensión alimenticia o pagos de manutención recibidos:          | _____ | _____               |
|                                                                | _____ | _____               |
| Substraiga Pensión alimenticia, pagos de manutención           | _____ | _____               |
| Igual a Ingreso mensual actual                                 | _____ | _____               |
| <b>Ingreso mensual total</b> (combine ambos fiadores)          | \$    | _____               |

**CANTIDAD DE PERSONAS**

Número de las personas que viven en la casa: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, estoy de acuerdo en que El Centro Regional Medical Center revise mi historial de empleo y de crédito con la finalidad de determinar mi elegibilidad para un descuento económico. Entiendo que también necesitaré presentar los documentos señalados en las instrucciones de la Solicitud de Ayuda Económica de ECRMC en un plazo de 14 días.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Fiador**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Fiador**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**