Instrucciones y solicitud de ayuda financiera

Encompass Health Rehabilitation Hospital of Murrieta
35470 Whitewood Road
Murrieta, CA 92563
951.246.6500
ehc.rehab/MurrietaFA

Sección A: Información del paciente y garante

1. Nombre del paciente: escriba con claridad sobre la línea en blanco el nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del paciente.
2. Fecha: escriba con claridad sobre la línea en blanco la fecha de la solicitud.
3. Garante: escriba con claridad sobre la línea en blanco el nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del padre, madre, tutor legal u otra persona responsable (“garante”) del paciente.
4. Vínculo: escriba con claridad sobre la línea en blanco la relación que tiene el paciente con el garante.
5. Dirección: escriba con claridad sobre la línea en blanco la dirección donde vive el paciente, incluida la ciudad, el estado y el código postal.
6. Teléfono: escriba con claridad sobre la línea en blanco el número de teléfono del paciente.
7. Empleador del paciente: escriba con claridad sobre la línea en blanco el nombre de la empresa para la que trabaja el paciente.
8. Cargo: escriba con claridad sobre la línea en blanco el cargo del paciente.
9. Años de empleo: escriba con claridad sobre la línea en blanco la fecha de inicio de empleo.
10. Nombre del cónyuge: escriba con claridad sobre la línea en blanco el nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del cónyuge del paciente o garante.
11. Teléfono del cónyuge: escriba con claridad sobre la línea en blanco el número de teléfono del cónyuge.
12. Empleador del cónyuge: escriba con claridad sobre la línea en blanco el nombre de la empresa para la que trabaja el cónyuge.
13. Cargo: escriba con claridad sobre la línea en blanco el cargo del cónyuge.
14. Años de empleo: escriba con claridad sobre la línea en blanco la fecha de inicio de empleo del cónyuge.
15. Tiempo en la residencia actual: escriba con claridad sobre la línea en blanco el tiempo que hace que vive en la dirección que se proporcionó en la solicitud.
16. Escriba claramente en la línea en blanco el número de integrantes de la familia.
17. Proveedor de seguro médico: escriba con claridad sobre la línea en blanco el nombre de su

©2025:Encompass Health Corporation:1485000SP

aseguradora médica (incluidos Medicare, Medicaid u otra cobertura gubernamental que pueda tener).

18. Número de póliza: escriba con claridad sobre la línea en blanco el número de póliza o de cuenta de su póliza de seguro.

Sección B: Ingresos

Escriba claramente los ingresos que su familia recibe de todas las fuentes. Si necesita más espacio, puede adjuntar hojas adicionales. Proporcione los montos brutos y los montos recibidos tras descontar impuestos y otras deducciones.

- Si su familia recibe ingresos de una fuente que no figura en la lista, indique ese monto en la línea “Otro” y brinde una descripción.
- Las fuentes de ingresos incluyen, entre otros, salarios, propinas, pagos de seguro social, beneficios de jubilación, desempleo, compensación laboral, beneficios para veteranos, asistencia pública, pensión alimenticia, manutención de menores, pensiones, contratos de seguro o rentas vitalicias, ingresos de inversiones, etc.

Sección C: Gastos básicos

Escriba con claridad los montos de los pagos mensuales destinados a los gastos básicos de su familia. Si necesita más espacio, puede adjuntar hojas adicionales.

Si su familia presenta deudas u obligaciones que no figuran en la lista, proporcione esa información en la Sección C.6.

Sección D: Documentos requeridos

Los documentos que se enumeran en esta sección son necesarios para ayudarnos a determinar si usted califica para recibir ayuda económica conforme a nuestra Política de asistencia financiera. Si no tiene o no puede presentar los documentos enumerados, incluya una explicación del motivo. Tenga en cuenta que es posible que un representante del hospital solicite información o documentación adicional al momento de procesar su solicitud. Los pacientes que solo solicitan el pago con descuento pueden recibir menos asistencia financiera que la que puede estar disponible para ellos en virtud de la asistencia de atención gratuita.

Sección E: Certificación

Firma del paciente o garante: lea atentamente la declaración de reconocimiento en esta sección y, luego, firme la solicitud y coloque la fecha correspondiente.

Instrucciones de envío e información de contacto

©2025:Encompass Health Corporation:1485000SP

Envíe la Solicitud de asistencia financiera completa junto con la documentación de respaldo a la dirección del hospital.

Para obtener más información sobre la Política de asistencia financiera o para recibir ayuda con el proceso de solicitud, puede comunicarse con el controlador del hospital mediante el número de teléfono proporcionado al comienzo de estas instrucciones, en persona en la dirección del hospital que figura arriba o en línea en el sitio web proporcionado anteriormente. Algunas traducciones a idiomas extranjeros de la Política de asistencia financiera, el resumen en lenguaje claro, la Solicitud de asistencia financiera y las instrucciones están disponibles a pedido.

©2025:Encompass Health Corporation:1485000SP

Encompass Health
Rehabilitation Hospital of Murrieta

CONSULTE LAS INSTRUCCIONES PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE CÓMO COMPLETAR LA SOLICITUD

Sección A: Información del paciente y garante

Nombre del paciente		Fecha
Garante (si no es el paciente)	Relación	
Dirección		Teléfono
Empleador del paciente	Especialidad	Años de empleo
Nombre del cónyuge		Teléfono del cónyuge
Empleador del cónyuge	Especialidad	Años de empleo
Tiempo en la residencia actual	Número total de dependientes (incluido usted)	
17. Proveedor de seguro médico	18. Número de póliza	

Sección B: Ingresos

1. Su ingreso bruto ajustado	☐ por mes ☐ por año
2. El ingreso bruto ajustado de su cónyuge	☐ por mes ☐ por año
3. Otros ingresos	☐ por mes ☐ por año
4. Otros ingresos	☐ por mes ☐ por año
5. Ingresos mensuales totales	
Descripción de otros ingresos	

Se requiere verificación: adjunte copias para demostrar sus ingresos

©2024 Encompass Health Corporation
Revised 12/31/24

REORDER # EH-FM-1406308

©2025:Encompass Health Corporation:1485000SP

Sección C: Gastos básicos

		Pago mensual
1. Vivienda ☐ Propia ☐ Alquilada		$
2. Servicios públicos: electricidad, gas, agua, etc.		$
3. Teléfono		$
4. Alimentos		$
5. Vehículos	Pagos	$
	Seguro	$
6. Enumere otras obligaciones mensuales de gastos básicos		
a)		$
b)		$
c)		$
d)		$
e)		$
f)		$
7. Total de gastos básicos mensuales		$

Sección D: Documentos requeridos

Proporcione una copia de la declaración de impuestos sobre la renta más reciente presentada ante el IRS (Servicio de Impuestos Internos) y cualquier otro documento que respalde la información proporcionada en las Secciones B y C.

Sección E: Certificación

Certifico que la información que se proporciona en esta solicitud es una declaración verdadera y completa de los hechos que se relacionan a mi leal saber y entender. Comprendo que falsificar o no proporcionar la información completa que se requiere en esta solicitud, o el hecho de no completarla o negarse a hacerlo, puede dar como resultado la denegación de la ayuda económica.

Firmado: _____ Fecha: _____

Solo para uso interno de Encompass:

Fecha de recepción: _____

Recepción del controlador: _____ Fecha: _____
Firma

Aprobación o negación administrativa: _____ Fecha: _____
(encierre una opción con un círculo) Firma

Nivel de ayuda económica: ☐ Sin costo ☐ Descuento (monto)

Si se aplica un descuento, el ingreso mensual total menos el total de gastos básicos

©2025:Encompass Health Corporation:1485000SP