



**REQUEST FOR UNCOMPENSATED SERVICES**

I ask PIH Health Hospital-Downey to determine if I am eligible for help in paying for my hospital bill. I understand that I need to give certain information for this to be done. I understand that filling out this form does not guarantee that I will receive this help. If I am not eligible for uncompensated services, I am responsible for my hospital bill.

Name \_\_\_\_\_ Account number \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ Phone number \_\_\_\_\_  
 Employer name \_\_\_\_\_ Employer phone \_\_\_\_\_  
 Employer address \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Number of family members living with you \_\_\_\_\_

Name	Relationship	Age	Gender	Name	Relationship	Age	Gender
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Physician Name \_\_\_\_\_ Diagnosis \_\_\_\_\_

**INCOME: PLEASE PROVIDE PHOTOCOPIES OF CHECKS AND BANK STATEMENTS AND LIST INCOME**

	Monthly	Annual
Wages (Self) including Self Employment	_____	_____
(Spouse)	_____	_____
(Other Family Member)	_____	_____
Public Assistance/General Relief	_____	_____
Social Security and Pensions	_____	_____
Unemployment/Strike Benefits/Compensation	_____	_____
Alimony/Child Support	_____	_____
Military Family Allotments	_____	_____
Income from Dividends, Interest, Rent	_____	_____

**EXPENSES (Monthly)**

Mortgage/Rent _____	Medical Insurance _____
Utilities/Phone _____	Auto Insurance _____
Food _____	Medical Bills _____
Auto _____	Medication _____
Auto Loans _____	TOTAL EXPENSES _____

Do you own a home? Yes ( ) No ( ) If yes, estimated value: \_\_\_\_\_ Amount owed \_\_\_\_\_  
 Do you own other property? Yes ( ) No ( ) If yes, estimated value: \_\_\_\_\_  
 Do you own automobiles? Yes ( ) No ( ) If yes, Model/Make: \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_ Value \_\_\_\_\_

- I declare under penalty of perjury that the answers I have given are true and correct to the best of my knowledge.
- I agree to tell the provider of services, within 10 days, if there are any changes in my (or the persons on whose behalf I am acting) income, property, expenses, or in the persons in the household or of any change of addresses.
- I understand that I may be asked to prove my statements and that my eligibility statements will be subject to verification by contact with my employer, bank, credit verification and property searches.
- I further agree, that in consideration for receiving health care services as a result of an accident or injury, to reimburse the hospital from proceeds of any litigation or settlement resulting from such act.
- I understand that if I do not qualify for uncompensated services, I will be personally liable for the charges of the services rendered by PIH Health Hospital-Downey or I may appeal decision in writing with additional documentation.

\_\_\_\_\_  
 Signature

\_\_\_\_\_  
 Date



**PIH HEALTH HOSPITAL-DOWNEY, SOLICITUD DE SERVICIOS SIN COMPENSACIÓN**

Le pido a PIH Health Hospital Downey que determine si soy elegible para recibir ayuda para pagar mi factura del hospital. Entiendo que necesito dar cierta información para que se haga esto. Entiendo que completar este formulario no garantiza que vaya a recibir esta ayuda. Si no cumplo con los requisitos para recibir servicios sin compensación, yo soy responsable de mi factura del hospital.

Nombre \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Número: Calle Ciudad Estado Código postal  
 Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador \_\_\_\_\_  
 Dirección del empleador \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Código de sexo \_\_\_\_ 1=Hombre 2= Mujer  
 Número de familiares que viven con usted \_\_\_\_\_  

Nombre	Relación	Edad	Sexo	Nombre	Relación	Edad	Sexo
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

 Nombre del médico \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_

**INGRESOS: POR FAVOR, FACILITE FOTO COPIAS DE CHEQUES Y SALDOS BANCARIOS, Y LISTE LOS**

<b>INGRESOS</b>	<b>Mensuales</b>	<b>Anuales</b>
Sueldos (Usted)	_____	_____
(Su esposo/a)	_____	_____
(Otro familiar)	_____	_____
Granja o empleo propio	_____	_____
Asistencia pública	_____	_____
Seguro Social	_____	_____
Compensación por desempleo	_____	_____
Beneficios de huelga	_____	_____
Pensión alimenticia / Manutención de los hijos	_____	_____
Asignaciones del ejército para la familia	_____	_____
Pensiones	_____	_____
Ingresos de dividendos, intereses, alquiler	_____	_____
<b>GASTOS (Mensuales)</b>		
Hipoteca/Alquiler _____ (1)		Seguro médico _____
Servicios públicos _____		Seguro del carro _____
Teléfono _____		Facturas médicas _____
Alimentos _____		Hospital _____
Finanzas/otros préstamos _____		Médico _____
Préstamos del carro _____		Medicamentos _____
(1) Si no hay, forma de vivienda _____		<b>GASTOS TOTALES</b> _____

¿Es dueño/a de su casa? Sí ( ) No ( )  
 • Si la casa es suya, cuál es su valor aproximado: \_\_\_\_\_ Cantidad que debe \_\_\_\_\_  
 ¿Es dueño de alguna otra propiedad? Sí ( ) No ( ) Si lo es, cuál es su valor aproximado: \_\_\_\_\_  
 ¿Es dueño de algún carro? Sí ( ) No ( ) Si lo es, indique el modelo y la marca: \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_



**PIH Health Hospital - Downey**  
11500 Brookshire Ave.  
Downey, CA 90241-7010  
T: 562.904.5000

Hearing Impaired  
TDD: 562.861.3130  
PIHHealth.org

- Declaro bajo pena de perjurio que las respuestas que he dado son ciertas a mi leal saber.
- Acepto comunicar al proveedor de servicios en 10 días si hay algún cambio en mis ingresos (míos o de las personas que represento), propiedades, gastos, o personas que viven bajo mi mismo techo, o un cambio de dirección.
- Entiendo que me pueden pedir que pruebe lo que digo y que mi elegibilidad está sujeta a verificación por contacto con mi empleador, banco, verificación de crédito y búsquedas de propiedad.
- También acepto que, en consideración por recibir servicios de atención médica como resultado de un accidente o lesión, reembolsaré al hospital las ganancias de cualquier disputa legal que resulte de este caso.
- Yo entiendo que si no califican para los servicios no compensado, que seré personalmente responsable por los cargos de los servicios prestados por PIH Health Hospital Downey, o que puedo apelar la decisión por escrito con documentación adicional.

---

Firma

---

Fecha