



CITRUS VALLEY HEALTH PARTNERS

FORM I

HOSPITAL FINANCIAL SCREENING ASSESSMENT FORM

This form needs to be completed by all patients prior to or at the time of admission. This information will be used to determine eligibility for selected hospital programs and services.

Patient Name: _____

Patient Social Security No.: _____

Total number of dependents: _____

Total Annual Income: \$ _____

Total value of all assets: \$ _____

Home/Property _____

Automobiles _____

Investments _____

Retirement _____

Other _____

Total Debts (including mortgages) \$ _____

Other special circumstances
(i.e. legal judgments/bankruptcy) _____

Please check if either of the following conditions apply:

Disabled _____

Injury related to a crime _____

Place your signature and date below indicating you are authorizing Citrus Valley Health Partners Representatives to obtain a credit report.

Patient signature

Date

Patient Representative/Financial Counselor

Date



CITRUS VALLEY HEALTH PARTNERS

FORMA I

FORMA DE EVALUACIÓN FINANCIERA DEL HOSPITAL

Esta forma necesita ser completada por los pacientes antes o al tiempo de ser hospitalizado(a). Esta información se utilizara para la determinación de la elegibilidad para programas o servicios seleccionados del hospital.

Nombre del paciente: [PATIENT NAME]

Nombre y apellido de la madre del paciente _____

Ciudad y país de nacimiento del paciente _____

Numero de seguro social del paciente _____

Numero de dependientes _____

Total del Ingreso Anual _____

Valor en total de todos los bienes _____

Casa/Propiedad _____

Automóviles _____

Inversiones _____

Retiro (jubilación) _____

Otros bienes _____

Total de deudas (incluyendo bienes y raíces) _____

Otras circunstancias especiales (i.e., bancarrota, juicios legales) _____

Indique si cualquiera de las condiciones siguientes le aplica:

Deshabilitado _____ Herido/Condición se debe a un crimen _____

Por favor firme y anote la fecha debajo indicando que usted autoriza a los representantes de Citrus Valley Medical Center que obtengan un reporte de crédito.

Firma

Fecha

Representante del Paciente o Consejero Financiero (firma y fecha)



CITRUS VALLEY HEALTH PARTNERS

FORM II

INCOME CERTIFICATION

I, [GUARANTOR NAME] CERTIFY THAT MY FAMILY INCOME FOR THE PAST 12 MONTHS HAS BEEN \$ _____ AND I CLAIM _____ DEPENDENTS. I GIVE PERMISSION FOR THE HOSPITAL TO VERIFY MY INCOME INFORMATION BY CALLING THE FOLLOWING EMPLOYER (S) OR OTHER SOURCES OF INCOME. IN LIEU OF CONTACTING MY EMPLOYER, I AM PROVIDING THE ATTACHED W-2 FORM AND MY LATEST TWO PAYCHECK STUBS.

COMPANY

PHONE #

COMPANY

PHONE #

SIGNATURE

DATE



CITRUS VALLEY HEALTH PARTNERS

FORMA II

CERTIFICACIÓN DEL INGRESO

YO, _____ CERTIFICO QUE MI INGRESO FAMILIAR POR LOS
ULTIMOS 12 MESES HA SIDO \$ _____ Y RECLAMO _____ DEPENDIENTES.
OTORGO MI PERMISO PARA QUE EL HOSPITAL VERIFIQUE MI INFORMACION
DEL INGRESO AL LLAMAR A MI EMPLEO (S) O OTROS RECURSOS DEL
INGRESO, SI ES QUE TENGO ALGUN INGRESO.

EN LUGAR DE LLAMAR A MI EMPLEO, ESTOY INCLUYENDO LA FORMA W-2
AJUNTO CON MIS DOS ULTIMOS TALONES DE CHEQUE.

COMPANIA

DE TELEFONO

COMPANIA

DE TELEFONO

FIRMA

FECHA



CITRUS VALLEY HEALTH PARTNERS

[DATE]

[GUARANTOR NAME]
[GUARANTOR ADDRESS LINE]
[GUARANTOR CITY,STATE ZIP]

PATIENT NAME : [PATIENT NAME]
ACCOUNT # : [ACCOUNT #]
ADMIT/SVC DATE: [ADM/SER DATE]
TOTAL CHARGE : \$[AR CHG TOTAL]

Dear [GUARANTOR NAME]:

Citrus Valley Health Partners was pleased to serve you during your need for medical care. You may be eligible for financial assistance with your hospital bill. Please complete and sign the attached forms and return to our office in the enclosed self addressed postage paid envelope.

FORM I - HOSPITAL FINANCIAL SCREENING ASSESSMENT FORM
FORM II - INCOME CERTIFICATION
PROOF OF CURRENT INCOME (BOTH IF MARRIED)
(TAX FORMS OR W-2/CURRENT PAY STUBS)

If any of the above forms are not submitted, we require a written statement from the patient or responsible party as to why the information is not available.

Sincerely,

Business Services
(626)732-3100
(8:00a.m.-4:00p.m.)

015 (Cover letter)



CITRUS VALLEY HEALTH PARTNERS

[DATE]

[GUARANTOR NAME]
[GUARANTOR ADDRESS LINE]
[GUARANTOR CITY, STATE ZIP]

RE: Nombre del Paciente: [PATIENT NAME]
Número de Cuenta : [ACCOUNT #]

Estimado(a):

Fue un placer para Citrus Valley Health Partners el poder servirle en su necesidad de ayuda médica. Usted podrá ser elegible para asistencia comunitaria para su factura del hospital. Por favor llene los siguientes documentos y envíelos en el sobre adjunto a nuestra oficina.

FORMA I - FORMA DE EVALUACIÓN FINANCIERA DEL HOSPITAL
FORMA II - CERTIFICACIÓN DEL INGRESO
COMPROBANTE DE INGRESO ACTUAL (DE AMBOS SI CASADOS)
(FORMAS DE INGRESOS OR FORMA W-2/TALONES RECIENTES DE CHEQUE)

Si alguno de los documentos no es sometido, se necesitara una declaración escrita del paciente o la persona responsable en cuanto porque no esta disponible.

Su aplicación será revisada y recibirá notificación de la decisión por correo.

Sinceramente,

Dept. De Contabilidades del Paciente

014 (Cover letter -Sp)



CITRUS VALLEY HEALTH PARTNERS

[DATE]

[GUARANTOR NAME]
[GUARANTOR ADDRESS LINE]
[GUARANTOR CITY,STATE ZIP]

PATIENT NAME: [PATIENT NAME]
ACCOUNT #: [ACCOUNT #]
ADMIT/SERVICE DATE: [ADM/SER DATE]
TOTAL CHARGES: \$[AR CHG TOTAL]

Dear [GUARANTOR NAME]:

The application submitted for the Community Assistance Program is incomplete. Under federal regulations, this information is required to substantiate your application. Please submit the following:

- _____ FEDERAL INCOME TAX FORMS
- _____ W-2 FORMS
- _____ CURRENT PAY STUBS FOR THE LAST THREE MONTHS
- _____ SIGNATURE IS MISSING
- _____ SIGNED AFFIDAVIT EXPLAINING CURRENT FINANCIAL SITUATION OR EMPLOYMENT STATUS.
- _____ COPY OF UNEMPLOYMENT/DISABILITY STATUS
- _____ (OTHER)_____

Thank you in advance for your cooperation.

Sincerely,

Business Services
626)732-3100
(8:00a.m.-4:00p.m.)

(017 – CAP incomplete ltr)



CITRUS VALLEY HEALTH PARTNERS

[DATE]

[GUARANTOR NAME]
[GUARANTOR ADDRESS LINE]
[GUARANTOR CITY,STATE ZIP]

NOMBRE DEL PACIENTE: [PATIENT NAME]
NUMERO DE CUENTA: [ACCOUNT #]
FECHA DE SERVICIO: [ADM/SER DATE]
COBROS EN TOTAL: \$[AR CHG TOTAL]

[GUARANTOR NAME]:

Su aplicación para el programa de asistencia comunitaria esta incompleta. Bajo las reglas federales del gobierno esta información se requiere para sustentar su aplicación. Favor de someter la siguiente información:

____ FORMAS DE LOS INGRESOS
____ FORMA W-2
____ COPIAS DE LOS TALONES DE CHEQUES PARA LOS ULTIMOS 90 DIAS
____ FIRMA
____ CARTA EXPLICATORIA DE SU SITUACION FINANCIERA
____ CARTA COMPROBANDO SUS BENEFICIOS DE DESEMPLEO
(MISCELANIO)_____

Si esta información no se ha recibo dentro de 10 días su cuenta es sujeto para referencia a agencia externa de colecciones y probablemente usted se requiere aplicar bajo las reglas de la agencia respectivamente.

Gracias en adelantado por su cooperación.

Representante de pacientes
Departamento Financiero
(626)732-3100

018 (CAP incomplete ltr - Sp)



CITRUS VALLEY HEALTH PARTNERS

[DATE]

[GUARANTOR NAME]
[GUARANTOR ADDRESS LINE]
[GUARANTOR CITY,STATE ZIP]

PATIENT NAME: [PATIENT NAME]
ACCOUNT #: [ACCOUNT #]
ADMIT/SVC DATE: [ADM/SER DATE]
TOTAL CHARGES: \$[AR CHG TOTAL]

Dear [GUARANTOR NAME]:

Based on the information you have submitted to Citrus Valley Health Partners you do not qualify for financial assistance.

If you have any questions regarding your outstanding accounts or would like to make payment arrangements, please contact Business Services.

Sincerely,

Business Services
(626)732-3100
(8:00a.m.-4:00p.m.)

I HEREBY AUTHORIZE CITRUS VALLEY HEALTH PARTNERS TO CHARGE MY:

___ VISA ___ MASTER CARD ___ AMERICAN EXPRESS ___ DISCOVER

PRINT NAME: _____

CARD#: _____ EXP DATE: _____

AUTHORIZED AMOUNT: \$ _____ DATE: _____

SIGNATURE: _____

MAIL PAYMENTS TO: CITRUS VALLEY HEALTH PARTNERS
DEPT. 0147
LOS ANGELES, CA 90084-0147

ACCOUNT #[ACCOUNT #]

060 (Denial letter)



CITRUS VALLEY HEALTH PARTNERS

DATE]

[GUARANTOR NAME]
[GUARANTOR ADDRESS LINE]
[GUARANTOR CITY,STATE ZIP]

NOMBRE DEL PACIENTE: [PATIENT NAME]
NUMERO DE CUENTA: [ACCOUNT #]
FECHA DE SERVICIO: [ADM/SER DATE]
COBROS EN TOTAL: \$[AR CHG TOTAL]

Dear [GUARANTOR NAME]:

Basado en la información que usted proporciono a Citrus Valley Health Partners, no califa para asistencia financiera.

Si tiene alguna pregunta tocante sus cuentas pendientes o si quiere hacer un arreglo de pagos póngase en contacto con nosotros.

Sinceramente,

Business Services
(626)732-3100
(8:00a.m.-4:00p.m.)

AUTORIZO QUE CITRUS VALLEY HEALTH PARTNERS COBRE A MI:
___ VISA ___ MASTER CARD ___ AMERICAN EXPRESS ___ DISCOVER

NUMERO DE TARJETA: _____
FECHA DE EXPIRACION: _____
CANTIDAD AUTORIZADA: \$ _____ FECHA:: _____
FIRMA: _____

ENVIE PAGOS A: CITRUS VALLEY HEALTH PARTNERS
DEPT. 0147
LOS ANGELES, CA 90084-0147

NUMERO DE CUENTA: [ACCOUNT #]

060S (Denial letter – Spanish)



CITRUS VALLEY HEALTH PARTNERS

[DATE]

[GUARANTOR NAME]
[GUARANTOR ADDRESS LINE]
[GUARANTOR CITY,STATE ZIP]

PATIENT NAME: [PATIENT NAME]
ACCOUNT #: [ACCOUNT #]
ADMIT/SVC DATE: [ADM/SER DATE]
BALANCE: \$[PT BALANCE]

Dear [GUARANTOR NAME]:

Based on the financial information you submitted, we are pleased to inform you that you have been approved for financial assistance on this account.

The amount due listed above was determined after reviewing and calculating your information provided based on our financial assistance guidelines. You have qualified for a percentage of the total bill, and the balance is now due and payable. Please remit in full or contact us to make further payment arrangements.

Sincerely,

Business Services
(626)732-3100
(8:00a.m.-4:00p.m.)

I HEREBY AUTHORIZE CITRUS VALLEY HEALTH PARTNERS TO CHARGE MY:

VISA MASTER CARD AMERICAN EXPRESS DISCOVER

PRINT NAME: _____

CARD#: _____ EXP DATE: _____

AUTHORIZED AMOUNT: \$ _____ DATE: _____

SIGNATURE: _____

MAIL PAYMENTS TO: CITRUS VALLEY HEALTH PARTNERS
DEPT. 0147
LOS ANGELES, CA 90084-0147

ACCOUNT #: [ACCOUNT #]

061 (Approval ltr – bal due)



CITRUS VALLEY HEALTH PARTNERS

[DATE]

[GUARANTOR NAME]
[GUARANTOR ADDRESS LINE]
[GUARANTOR CITY,STATE ZIP]

NOMBRE DEL PACIENTE: [PATIENT NAME]
NUMERO DE CUENTA: [ACCOUNT #]
FECHA DE SERVICIO: [ADM/SER DATE]
BALANCE: \$[PT BALANCE]

Querido(a) [GUARANTOR NAME]:

Basado en la información que usted envió nos complace informarle que ha sido aprobado(a) para asistencia financiera con esta cuenta.

La cantidad debida y anotada arriba se determino después de revisar y calcular su información proporcionada basada en nuestras guías de asistencia financiera. Califica por un porcentaje de su factura en total y el balance se debe. Por favor envíe su pago en total o llámenos para hacer un contrato de pagos.

Sinceramente,

Business Services
(626) 732-3100
(8:00 A.M. - 4:00 P.M.)

AUTORIZO QUE CITRUS VALLEY HEALTH PARTNERS COBRE A MÍ:

_____ VISA _____ MASTERCARD _____ AMERICAN EXPRESS _____ DISCOVER
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE: _____
NÚMERO DE TARJETA: _____ FECHA DE VENCIMIENTO: _____
CANTIDAD AUTORIZADA: \$ _____ FECHA: _____
FIRMA: _____

ENVIE SUS PAGOS A: CITRUS VALLEY HEALTH PARTNERS
DEPT. 0147
LOS ANGELES, CA 90084-0147

NUMERO DE CUENTA: [ACCOUNT #]

061S (Approval ltr – bal due)



CITRUS VALLEY HEALTH PARTNERS

[DATE]

[GUARANTOR NAME]
[GUARANTOR ADDRESS LINE]
[GUARANTOR CITY,STATE ZIP]

PATIENT NAME: [PATIENT NAME]
ACCOUNT #: [ACCOUNT #]
ADMIT/SVC DATE: [ADM/SER DATE]
BALANCE: \$[BALANCE]

Dear [GUARANTOR NAME]:

Based on the financial information you submitted, we are pleased to inform you that you have been approved for financial assistance on this account.

Your information provided was reviewed based on our financial assistance guidelines and approved for 100% coverage. Your balance is now zero.

Thank you for making Citrus Valley Health Partners your caregiver of choice.

Sincerely,

Business Services
(626)732-3100
(8:00a.m.-4:00p.m.)

061A (Approval letter – 100%)



CITRUS VALLEY HEALTH PARTNERS

[DATE]

[GUARANTOR NAME]
[GUARANTOR ADDRESS LINE]
[GUARANTOR CITY,STATE ZIP]

NOMBRE DEL PACIENTE: [PATIENT NAME]
NUMERO DE CUENTA: [ACCOUNT #]
FECHA DE SERVICIO: [ADM/SER DATE]
BALANCE: \$[BALANCE]

Querido(a) [GUARANTOR NAME]:

Basado en la información que nos envió nos comparamos en informarles que usted ha sido aprobado(a) para asistencia financiera en esta cuenta.

Su información proporcionada fue revisada basada en nuestras guías de asistencia financiera y fue aprobada el 100%. Su balance es cero.

Gracias por escoger a Citrus Valley Health Partners como su proveedor de salud.

Sinceramente,

Business Services
(626)732-3100
(8:00 a.m. - 4 p.m.)

061A-SP (Approval letter – 100%)