



**Mammoth Hospital Cares:  
Pago de Descuento y Atención Médica Caritativa  
para los Pacientes Financieramente Calificados**

**Instrucciones para la Aplicación**

La aplicación adjunta se debe completar en el momento de la admisión o tan pronto como sea posible después de la admisión.

Puede utilizar la siguiente lista de verificación para cerciorarse que haya proporcionado toda la información necesaria y requerida para poder considerar su solicitud para Asistencia Financiera.

**Lista de Verificación de Documentos Requeridos**

- \_\_\_\_\_ Aplicación completa de Medicare, Medi-Cal, Healthy Families y de Covered California
- \_\_\_\_\_ Declaración de impuestos del año anterior, tal como fueron enviados a Servicios de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS por sus siglas en ingles).
- 
- \_\_\_\_\_ Talones actuales de cheques; talones de Desempleo o Incapacidad (equivalente de 2 Meses)
- \_\_\_\_\_ Si no tiene ingresos, o documentación de los documentos de ingreso, por favor proporcione una carta explicando cómo usted se apoya y apoya a su familia.
- \_\_\_\_\_ Verificación de Empleo

Las aplicaciones que sean enviadas sin documentación de ingresos (como, declaración de impuestos o talones de cheques) no podrán ser procesadas.

Las aplicaciones completas y adjuntas con la documentación requerida pueden ser enviadas a los Consejeros Financieros de Mammoth Hospital por correo o por fax.

**Envíe por correo a:**  
Mammoth Hospital  
Atencion: Financial Counselor  
PO Box 100 PMB 700  
Mammoth Lakes CA 93546

**O envíe por Fax a :**  
Mammoth Hospital  
Atencion: Financial Counselor  
760-934-1832 FAX  
760-924-4062

