



## SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Esta es una solicitud para los programas de Cuidados Patrocinados y Pago con Descuento, diseñados para proporcionar asistencia financiera a aquellos que no pueden pagar la atención de MoGo Urgent Care.

Para ser considerado para recibir la asistencia financiera, se debe enviar una solicitud completada a nuestra oficina a más tardar 30 días después de la fecha del servicio. Las solicitudes incompletas se mantendrán archivadas hasta que se reciba toda la información.

Envíe las solicitudes completadas a 40 Ryan Court, Suite 100, Monterey, CA 93940. Asegúrese de adjuntar la documentación requerida según se indica en la solicitud.

Si presenta una solicitud y MoGo Urgent Care lo considera elegible, se le notificará el monto del descuento para el cual fue aprobado.

Si tiene preguntas sobre el llenado de su solicitud, llame al Departamento de Servicios Comerciales del Paciente al (831) 625-4922.

# SOLICITUD PARA DETERMINAR LOS CUIDADOS PATROCINADOS O EL DESCUENTO

## ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA DE PAGO

Esta solicitud debe ser completada por el padre, tutor legal o solicitante (si es independiente y tiene 18 años de edad o más, o si es un menor emancipado) para determinar si el solicitante es elegible para recibir la asistencia financiera bajo los programas de Cuidados Patrocinados o Pago con Descuento de MoGo Urgent Care. El término "solicitante" se refiere al paciente al que MoGo Urgent Care brindó la atención. Por favor escriba o imprima claramente.

Envíe las solicitudes completadas con la documentación requerida a 40 Ryan Court, Suite 100, Monterey, CA 93940.

### Sección A: INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

---

NOMBRE DEL SOLICITANTE (APELLIDO, NOMBRE DE PILA, INICIAL SEGUNDO NOMBRE)

---

CUALQUIER OTRO NOMBRE CON EL CUAL SE LE CONOCE AL SOLICITANTE

---

FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

#### DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:

---

NÚMERO Y CALLE (NO UTILICE APARTADO POSTAL)

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

#### DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA RESIDENCIA):

---

NÚMERO Y CALLE (NO UTILICE APARTADO POSTAL)

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

---

NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR

NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNO

¿Qué idioma habla en casa? \_\_\_\_\_

Los programas de cuidados patrocinados y de pago con descuento requieren la presentación de la siguiente documentación:

- Formulario de solicitud completado
- Prueba de ingresos
  - Copia de la declaración de impuestos firmada del año fiscal más reciente, o
  - Recibos de pago de nómina de los últimos 3 meses, de todos los miembros de la familia

Es posible que se le solicite que proporcione documentación adicional, que incluye pero no se limita a lo siguiente:

- Comprobante de gastos de bolsillo médicos, dentales, de farmacia y de primas de seguro, como recibos
- Documentación adicional como evidencia de falta de ingresos

### Sección B: INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR LEGAL

(Los solicitantes mayores de 18 años o menores emancipados deben omitir la Sección C)

---

NOMBRE(S) DEL PADRE O TUTOR LEGAL

RELACIÓN

#### DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:

---

NÚMERO Y CALLE (NO UTILICE APARTADO POSTAL)

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

#### DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA RESIDENCIA):

---

NÚMERO Y CALLE (NO UTILICE APARTADO POSTAL)

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

---

NÚMERO CELULAR

NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNO

NÚMERO DE TELÉFONO PARA MENSAJES

\_\_\_\_\_  
INICIALES AQUÍ

Estoy presentando una solicitud para el Programa de Cuidados Patrocinados o de Descuento de MoGo Urgent Care como se indicó anteriormente.

Entiendo que si no proporciono la información solicitada para la fecha de vencimiento, mi solicitud será rechazada.

\_\_\_\_\_  
INICIALES AQUÍ

Certifico que he leído y entiendo la información en esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
INICIALES AQUÍ

Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es fiel y exacta.

\_\_\_\_\_  
INICIALES AQUÍ

Si estoy presentando una solicitud para Cuidados Patrocinados, entiendo y acepto que MoGo Urgent Care solicitará un informe crediticio sobre mí y también puede verificar mi empleo y propiedad de bienes.

**Comentarios adicionales:**

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA DE HOY