



Solicitud de CSF Medical Non-Profit Foundation

3811 Mt. Vernon Ave. Bakersfield, CA 93306

O: 661.404.4748 | O: 661.333.5746

F: 661.327.7255

La asistencia económica proporcionada por CSF Medical Non-Profit Foundation será exclusivamente para servicios quirúrgicos.

Criterios para calificar:

- ❖ Sin seguro médico.
- ❖ Bajos ingresos. El Nivel de pobreza federal (FPL) por persona es \$12,140.00 por año; por pareja es \$16,460.00. Agregue \$4,320.00 por miembro adicional en el hogar.
- ❖ Tener un mínimo del 10% del valor de su cirugía y por cada adulto empleado en el hogar un 5% adicional debe incluirse en el costo de la cirugía antes de aplicar.
- ❖ Para presentar su solicitud, sus ingresos mensuales y anuales deben ser verificables.
- ❖ Deberá realizar su consulta y cirugía en Bakersfield, CA.

Requisitos:

1. Copia de la identificación del paciente.
2. Debe tener un diagnóstico médico de un médico de familia o especialista, seguido por una consulta con un especialista de CSF. Si el paciente no tiene un diagnóstico médico, recomendamos llamar a CSF al (661) 333-5746 para recibir más información.
3. Verificación de empleo para todos los que trabajan en el hogar.
4. Últimos 3 meses de talones de cheque para todos los que trabajan en el hogar.
5. Recibo de alquiler más reciente.
6. Recibos de utilidad (mostrando el domicilio de residencia).
7. Estados de cuenta bancarios (cheque y ahorro) de los últimos 3 meses. Si no tiene cuentas bancarias, escriba una nota que lo indique. Asegúrese de escribir su nombre, fecha y firmar el documento.
8. Declaraciones de impuestos más recientes de quien declara en el hogar.

Por favor, asegúrese de enviar copias; los documentos originales no serán aceptados. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra oficina de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. y pida hablar con Abby Hannah, asistente ejecutivo. ¡Gracias!

Nivel de pobreza federal (FPL)

Una medida de los ingresos emitidos cada año por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Los niveles de pobreza federales se usan para determinar su elegibilidad para ciertos programas y beneficios. La cantidad de la Guía Federal por persona es \$12,140; por pareja es \$16,460. Agregue \$4,320 por miembro adicional en el hogar.



CSF Medical Non-Profit Foundation Application
3811 Mt. Vernon Ave. Bakersfield, CA 93306
O: 661.404.4748 | O: 661.333.5746
F: 661.327.7255

Información del aplicante

1. Complete la siguiente información personal para el aplicante solicitando ayuda.

Fecha del día de hoy:	Mes:	Día:	Año:
Sexo:	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		
Nombre complete:			
Fecha de Nacimiento:	Mes:	Día:	Año:
Número de teléfono de casa (incluya área):			
Numero de celular (incluya área):			
Domicilio (Calle, numero de apartamento, etc.):			
Ciudad, Estado y código postal:			
Dirección postal (si es diferente):			
Ciudad, Estado y Zona Postal:			
Trabajo o a que se dedica:			
Estado civil (casado, divorciado, soltero, viudo, etc.):			
Correo Electrónico:			
Cirugía que necesita:			
Médico(s) primario(s):			

Iniciales _____



CSF Medical Non-Profit Foundation Application
3811 Mt. Vernon Ave. Bakersfield, CA 93306
O: 661.404.4748 | O: 661.333.5746
F: 661.327.7255

For CSF Medical Non-Profit Foundation offices use only

Notes and Comments:



CSF Medical Non-Profit Foundation Application
3811 Mt. Vernon Ave. Bakersfield, CA 93306
O: 661.404.4748 | O: 661.333.5746
F: 661.327.7255

2. Por favor envíe una copia clara de su identificación (Licencia de manejar, pasaporte, etc.) y prueba reciente de domicilio (por ejemplo, un recibo de utilidad o de renta).

3. Miembros del hogar:

Nombre Completo	Relación con el Aplicante	Fecha de Nacimiento
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		

Si son más miembros en su hogar y necesita más espacio favor de adjuntar una página al reverso de esta hoja.

Ingresos y estado de trabajo

1. Enumere todos los ingresos en el hogar. Enviar los reportes de 3 meses de ingresos, el reporte de impuestos del año pasado para cada miembro de su hogar. **IMPORTANTE:** Completar la verificación de empleo al final de esta aplicación, para cada miembro del hogar que esta empleado. Si tiene más de un empleo favor de completar una verificación por empleador.

Nombre de la persona Empleada	Nombre del empleador	No. de teléfono del empleador	Ingresos Mensuales
1)			
2)			
3)			
4)			

Iniciales _____



CSF Medical Non-Profit Foundation Application
3811 Mt. Vernon Ave. Bakersfield, CA 93306
O: 661.404.4748 | O: 661.333.5746
F: 661.327.7255

5. Si está desempleado, especifique cuanto tiempo ha estado sin empleo el aplicante. Si está recibiendo beneficios de desempleo, favor de enviar una copia de los últimos 3 periodos de pago.

Nota: Si el aplicante sin trabajo recibe ayuda financiera de una tercera persona, (familiar o amigo) es necesario que la tercera persona (familiar o amigo) envíe una declaración por escrito sobre la ayuda financiera que se le brinda al aplicante.

6. ¿Recibe alguna asistencia gubernamental? Si la respuesta es sí, favor de explicar.

Nombre de la persona que recibe la ayuda	Cantidad recibida	¿Con qué frecuencia?
1)		
2)		
3)		
4)		

CUENTAS BANCARIAS DE CHEQUES Y DE AHORROS

7. Proveer estados de cuentas bancarias de los últimos 3 meses.

Declaración de Datos

8. ¿Está huyendo de la ley para evitar persecución por una felonía mayor o para evitar ser arrestado después de la convicción, o por violación de probatoria? Sí No Si la respuesta es sí a cualquier pregunta, favor explique:

9. ¿Ha sido convicto de una felonía mayor relacionada a las drogas (incluyendo marihuana) y/o alcohol? Sí No Si la respuesta es sí, favor de explicar:

10. ¿Ha terminado un programa de rehabilitación de drogas o de alcohol certificado por el gobierno? Sí No Si la respuesta es sí, favor de explicar:

Iniciales _____



Employment Verification Form

CSF Medical Non-Profit Foundation
3811 Mt. Vernon Ave.
Bakersfield, CA 93306

O: 661.404.4748
O: 661.333.5746
F: 661.327.7255

Contact Person: Abby Hannah
Email: abbyh@csfsurgery.com

Name and Address of Employer:

Phone Number: _____

Fax: _____

Signature of applicant

Employment Verification Requested for:

Name of Employee: _____ SSN (If known): _____

*****To be completed by an authorized office manager*****

Job Title: _____

Employment begin date: _____ Employment End Date: _____

Current Gross Wages/Salary: _____ Circle one: Hourly Weekly Bi-weekly Monthly Other _____

Average # of regular hours per week: _____ hrs. Number of weeks per year: _____

Commission, bonuses, tips, other: \$ _____ Circle one: Hourly Weekly Bi-weekly Monthly Other _____

Additional comments:

Completed By:

Office Manager: _____

Job Title: _____

Signature: _____

Date: _____



CSF Medical Non-Profit Foundation Application

3811 Mt. Vernon Ave. Bakersfield, CA 93306

O: 661.404.4748 | O: 661.333.5746

F: 661.327.7255

Esta es su oportunidad para explicarnos en detalle sobre su problema de salud, por qué necesita ayuda, su situación económica y otra información que usted considere relevante o de importancia mencionar.

Su historia:

Iniciales _____



CSF Medical Non-Profit Foundation Application
3811 Mt. Vernon Ave. Bakersfield, CA 93306
O: 661.404.4748 | O: 661.333.5746
F: 661.327.7255

CERTIFICACIÓN

- Entendí todas las preguntas de esta aplicación.
- Entendí y estoy de acuerdo que toda la información que otorgue, incluso sobre los beneficios e ingresos sean verificados y tendré que proporcionar la documentación necesaria para verificar la información declarada.
- Entiendo que la elegibilidad de mi caso será basada en la información que yo proporcione en esta aplicación, incluyendo toda la información adicional si fuese requerida por CSF Medical Non-Profit Foundation.
- Entiendo que mi caso podría ser revisado más de una vez para poder determinar elegibilidad.
- También entiendo que la Mesa Directiva estudian arduamente todos los casos y existe la posibilidad que mi caso no sea aceptado o denegado.

Declaro que mis respuestas son verdaderas. Declaro bajo pena de juicio, bajo las leyes del estado de California y Los Estados Unidos de América, que la información proporcionada in estos documentos son verdaderos, correctos y completos.

Nombre completo del aplicante

Firma

Fecha

Para uso exclusive de CSF Medical Non-Profit Foundation

Asesor de CSF

Firma

Fecha

Cantidad Aprobada: \$ _____

Fecha de Cirugía: _____

Karla Terrazas
Director

Fecha de aprobación



CSF Medical Non-Profit Foundation Application
3811 Mt. Vernon Ave. Bakersfield, CA 93306
O: 661.404.4748 | O: 661.333.5746
F: 661.327.7255

CSF Medical Non-Profit Foundation Reglas y Regulaciones

- ❖ Usted tiene derechos y responsabilidades, cuando aplica por ayuda financiera para servicios quirúrgicos con CSF Foundation. El derecho más importante es ser tratado con igualdad sin importar la etnicidad, color de piel, nacionalidad, u origen, preferencia política, religión, sexo, edad, discapacidad, orientación sexual y/o estatus de inmigración.
- ❖ Puede recibir asistencia con su aplicación o documentos financieros.
- ❖ Sera tratado con cortesía, respeto y consideración.
- ❖ El aplicar no es garantía de aprobación para asistencia financiera.
- ❖ La Mesa Directiva de CSF Foundation determinara su elegibilidad y la cantidad de la ayuda financiero otorgada.
- ❖ Puede calificar para un pago total o parcial de su procedimiento de acuerdo con lo que el comité acuerde y aconseje.
- ❖ Solo se considerarán los aplicantes con un diagnóstico de cirugía ya establecido que será evaluado por un especialista de CSF.
- ❖ Si el aplicante ha sido aprobado para asistencia financiero de CSF Foundation, la finalización de la cirugía dependerá en la examinación del cirujano especialista, y/o en algunos casos del anesesiólogo.
- ❖ En caso de aprobatoria, si el aplicante presenta enfermedades serias, se considerará para cirugía una vez que esos problemas preexistentes hayan sido estabilizados y sea recomendable para cirugía.
- ❖ Todos los aplicantes que viven fuera de Bakersfield California deberán estar dispuestos a viajar a la ciudad de Bakersfield California para recibir la evaluación y los servicios quirúrgicos si son recomendables.
- ❖ CSF Medical Non-Profit Foundation se reserve el derecho de usar cualquier institución médica para realizar la cirugía. La cantidad aprobada será otorgada directamente a la institución donde se realizará la cirugía. En ninguna circunstancia se les entregaran los fondos a los pacientes.
- ❖ Todos los aplicantes deberán participar en una entrevista ya sea en persona o telefónica conducida por un consejero de CSF Medical Non-Profit Foundation.
- ❖ Todos los aplicantes aprobados tienen la responsabilidad de otorgar un testimonio estricto y/o filmado a beneficio de CSF Foundation para poder llevar acabo campañas de mercadeo o como prueba para los donantes o auspiciadores.
- ❖ Todos los fondos otorgados estarán disponibles para las personas aprobadas por un periodo de tres meses comenzando el día en que se aprobó el fondo. Si por alguna razón el paciente no hace uso de los fondos en el periodo de 3 meses, este paciente deberá aplicar de nuevo a CSF Foundation.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____