



Bay Imaging Consultants Medical Group  
2125 Oak Grove Rd, Suite 200  
Walnut Creek CA 94598  
925-296-7156 Main  
925-296-7174 Fax

A quien corresponda.

Adjunto una solicitud de asistencia financiera. Llénela en su totalidad y devuélvala junto con su comprobante de ingresos para su revisión y aprobación para un descuento de asistencia financiera de hasta el 75%.

Atentamente,

Departamento de Seguimiento de Facturación

Nota: Se requiere un comprobante de ingresos para la aprobación de un descuento por asistencia financiera. La documentación aceptable se detalla a continuación: Proporcione al menos dos de los siguientes documentos para ser considerado para los descuentos por asistencia financiera:

- Talones de cheques recientes
- Declaración de impuestos reciente
- Talones de desempleo
- Carta de discapacidad que muestre sus ingresos
- Extracto del Seguro Social que muestre sus ingresos anuales

Una vez adjuntada toda la información a la solicitud, envíela por correo a la dirección indicada anteriormente o por fax a la atención de: Facturación

Gracias

# BAY IMAGING CONSULTANTS MEDICAL GROUP

Tax ID 94-2965646  
P.O. Box 31455  
Walnut Creek, CA 94598

Main 925-296-7156  
Fax 925-296-7174

## Programa de Asistencia de Caridad

El Programa de Asistencia de Caridad es un programa ofrecido por Bay Imaging Consultants Medical Group, con el proposito de ofrecer asistencia financiera para facturas/servicios medicos, proporcionado por nuestros medicos.

Todos los documentos solicitados deben presentarse a fin de que la solicitud se complete, y para ser considerado para su aprobacion de hasta el 75% de descuento. Bay Imaging Consultants Medical Group no ofrece 100% de descuento para la caridad.

### Seccion I – Informacion General

#### **FAVOR DE IMPRIMIR TODAS LAS RESPUESTAS**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Apellido)

Direccion \_\_\_\_\_  
(Numero de Calle Y Nombre de Calle) (Apt. #)  
\_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Numero de Contacto: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Numero de Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Seccion II – Empleo

1. Esta actualmente empleado, o estuvo usted empleado en el momento que tuvo sus servicios medicos ?
  - a. Si \_\_\_\_\_
  - b. No \_\_\_\_\_
2. Esta usted casado?
  - a. Si \_\_\_\_\_
  - b. No \_\_\_\_\_
3. Cuantos dependientes tiene? \_\_\_\_\_

### Seccion III – Comprobante de ingresos de todos en su hogar

Por favor provea la siguiente informacion. No proporcionar toda la siguiente informacion podria resultar en la denegacion de su solicitud.

- Declaracion de impuestos para el año mas reciente
- W-2 actuales
- Talonario de cheque
- Talonario de cheque de desempleo

Nota: Si usted no tiene ingresos actuales, por favor provea una declaracion de la oficina de seguro social como prueba de ningun ingreso.

### Seccion IV – SOLO PARA USO DE OFICINA

Patient is denied for charity/hardship for the following reason: \_\_\_\_\_

Patient is approved to receive \_\_\_\_% discount and their balance due is: \_\_\_\_\_