CITY OF LONG BEACH

Department of Financial Management
Commercial Services Bureau
411 West Ocean Boulevard, Lobby, Long Beach, CA 90802
(562) 570-7600 • Fax: (562) 570-6783 • AmbulanceBilling@LongBeach.gov

Formulario de Declaración de Dificultad Económica (Hardship Waiver)

Por favor llene este formulario indicando todas las razones por las cuales no puede pagar los cargos que adeuda a la Ciudad de Long Beach. Proporcione la mayor cantidad de detalles posible que expliquen por qué no puede pagar el monto que debe, como pérdida de empleo, condición médica u otras circunstancias similares. Por favor indique el monto que puede pagar, si es que puede pagar alguno. Firme y feche esta declaración en los espacios que se indican a continuación.

Devuelva este formulario junto con una copia de su formulario IRS W-2 más reciente y una copia de su estado de cuenta bancario más reciente a nuestra oficina. Por favor tache u oculte su número de Seguro Social y/o número de cuenta bancaria en cualquier documento que envíe. El hecho de ocultar su número de Seguro Social y/o número de cuenta bancaria no afectará negativamente la evaluación de su solicitud

Por favor envíe esta declaración por correo a: City of Long Beach, Attn: Ambulance Billing, P.O. Box 22600, Long Beach, CA 90801, por fax al (562) 570-6783, o por correo electrónico a AmbulanceBilling@LongBeach.gov.

Yo, _____, declaro:
Nombre del paciente

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
(Puede continuar la declaración en un documento separado si es necesario)

Declaro so pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadero y correcto, y que esta declaración fue firmada el día _____ en, _____California.
Fecha Ciudad

_____
Firma del paciente, garante, padre, o tutor legal

Número de corrida (Se encuentra en la factura, bajo el nombre del paciente):
_____