Solicitud de Ayuda Financiera (Anexo A)

I. Información del Paciente

Nombre del Paciente:

Fecha de Nac.: **SSN:** **CI / MRN:** /

Nombre del Garante: **Fecha Nac.:** **SSN:**

Dirección: **Teléfono:**

Ciudad: **Estado:** **C.P.:**

¿Ha solicitado antes Ayuda Financiera en alguna instalación de cuidados a la salud?_____Sí _____No.

De ser sí, nombre de la instalación_____¿Fecha de la solicitud o aprobación? _____

II. Información del Hogar

Estado Civil (Encerrar Uno)	Casado	Soltero	Separado	Total en el Hogar

Nombre del (de los) Dependiente(s)	Fecha de Nacimiento del Dependiente

III. Empleo / Ingresos

Patrón del Paciente/Garante:	
Cantidad de Ingresos Mensuales en Bruto $	
Fuente de Ingresos – *Favor de anexar verificación o explicación sobre la situación actual*	
Cónyuge u otra Fuente de Ingresos y Cantidad de Ingresos Mensuales en Bruto $	
Ingreso Bruto Total Anual del Hogar $	
¿Tiene usted una cuenta de banco activa?	¿Presentó su declaración fiscal para el año anterior?

IV. Verificación del Seguro Médico

¿Tiene usted seguro médico?	SÍ	NO
Nombre de la Compañía de Seguros:		
¿Tiene usted empleo?	SÍ	NO

Si ha estado desempleado en los últimos 90 días, por favor presente:

Nombre del ultimo patrón y las fechas de empleo:

Nombre de la aseguradora patrocinada por su patrón:

¿Es elegible para beneficios COBRA?

Yo certifico que la información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender. Yo comprendo que información fraudulenta o engañosa hará que deje de ser elegible para cualquier ayuda financiera. Yo autorizo la liberación de cualquier información necesaria para verificar la información proporcionada y para fines del cobro y la recolección de pagos de conformidad con las leyes estatales y federales aplicables. Una prueba sobre ingresos puede ser requerida antes de que sea considerada. Una prueba aceptable sobre ingresos puede ser, sin estar limitada a: copia del talón de pago, copia de la declaración de impuestos del año anterior o una carta del patrón declarando su salario actual y el número de horas trabajadas.

Firma del Paciente/Garante:	Fecha:

% Nivel Federal de Pobreza:	Decisión Basada En Cuanto A:
Comentarios/Resumen:	

Firma del Entrevistador		Fecha:		
Firma del Gerente		Fecha:	Aprobada	Rechazada
Firma del Director		Fecha:	Aprobada	Rechazada
Firma del VP (de ser aplicable)		Fecha:	Aprobada	Rechazada