

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Esta solicitud no está completa sin su prueba de ingresos y activos. Su aplicación no está completa sin pruebas de ingresos y bienes. Por favor no envíe documentos originales, debido a que no podemos regresarle estos documentos. Si declara un ingreso de \$0, favor de proveer una pequeña explicación de como usted está cumpliendo con sus gastos mensuales. Si usted desea proporcionarnos información adicional con la que usted siente que nos ayudaría a entender mejor su situación, favor de agregar una carta a la solicitud.

**IMPORTANTE: USTED PUEDE SER ELEGIBLE POR CUIDADO GRATIS O CON DESCUENTO:** Llenando esta solicitud ayudará al hospital a determinar si usted puede recibir servicios gratis o con descuento u otros programas públicos que pueden ayudar a pagar por su atención médica. Entregue esta solicitud al hospital.

**SI USTED SE ENCUENTRA SIN SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA SER ELEGIBLE POR CUIDADO GRATIS O CON DESCUENTO.** No obstante, se requiere un número de seguridad social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No se requiere proveer un número de seguridad social, pero esto le ayudará al hospital a determinar si usted es elegible por algún programa público. Llene esta solicitud y entréguela al hospital en persona, por correo postal, correo electrónico, o por fax lo más pronto posible para solicitar por el cuidado gratis o con descuento, a partir de la fecha de su alta médica o en la fecha que recibió el cuidado. El hospital no tiene un plazo límite para recibir las solicitudes. El paciente reconoce que él o ella ha hecho el esfuerzo posible para otorgar toda la información solicitada en esta solicitud de buena fe al hospital, para ayudar a determinar si el paciente es elegible para asistencia financiera.

**USTED TAMBIÉN DEBERÁ DAR PRUEBA DE INGRESOS FAMILIARES BRUTOS E INFORMACION DE BIENES. PUEDE SER EN FORMA DE:**

**INGRESOS: (Cualquiera de los siguientes)**

1. LOS ÚLTIMOS DOS (2) TALONES DE PAGO
2. COPIA DE LOS FORMULARIOS DE W2 Y 1099 MÁS RECIENTES
3. DECLARACIÓN DE INGRESOS MÁS RECIENTE
4. VERIFICACIÓN DE INGRESOS DE SU EMPLEADOR POR ESCRITO, SI SE PAGA EN EFECTIVO.
5. OTRA VERIFICACIÓN DE UN TERCERO (PAGOS DE PENSIÓN PARA HIJOS MENORES; CARTA DE BENEFICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL)

**BIENES**

**ESTADOS DE CUENTAS BANCARIOS QUE SOPORTEN EL VALOR DE LAS CUENTAS CORRIENTES Y DE AHORRO**

**Escriba con letra de molde toda la información utilizando solamente tinta NEGRA**

**DATOS DEL PACIENTE**

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido (s)	
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Estado Civil C S V D		Sexo M F	No. de Teléfono
Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal
<b>Situación actual:</b> <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado – Última fecha que ha trabajado: _____				Correo Electrónico:	

**INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE**

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido (s)	
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Estado Civil C S V D		Sexo M F	No. de Teléfono.
Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal
<b>Situación actual:</b> <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado – Última fecha que ha trabajado: _____				Correo Electrónico:	

**INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE DE LA PERSONA RESPONSABLE**

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido (s)	
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento			Sexo M F	No. de Teléfono
<b>Situación actual:</b> <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado – Última fecha que ha trabajado: _____					

