

Solicitud de ayuda financiera



NÚMERO(S) DE CUENTA(S): _____

PACIENTE: _____ N.º DE SEGURO SOCIAL: _____ Dependientes/Adultos
En el hogar: _____

GARANTE: _____ N.º DE SEGURO SOCIAL: _____
CÓNYUGE: _____ N.º DE SEGURO SOCIAL: _____ Ingreso bruto mensual
\$ _____

DIRECCIÓN: _____ N.º DE TELÉFONO _____

¿Ha solicitado Medicaid, Medically Needy u otra asistencia estatal/federal? Sí No

¿Está embarazada? Sí No ¿Tiene niños pequeños? Sí No. ¿Es discapacitado o recibe Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)? Sí No. ¿El solicitante es elegible para Medicaid? Sí No. ¿El solicitante es elegible para otros programas estatales o federales? Sí No

Enumere los programas para los que puede calificar el solicitante: _____ El paciente/solicitante **no** es elegible para Medicaid: _____

Dependientes/adultos en el hogar	Nombre	Para los dependientes adicionales, agregue Relación	Edad	Fecha de nacimiento
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____

Lugar de empleo: (Garante) _____ Teléfono: _____

Lugar de empleo: (Cónyuge) _____ Teléfono: _____

Ingreso mensual

¿Trabaja de manera independiente o tiene su propio negocio? Sí No En caso afirmativo, proporcione declaraciones financieras con la aplicación.

Empleo: Garante: _____	Manutención infantil _____
Empleo _____	Alquileres _____
Seguro social _____	Propiedad inmobiliaria _____
Administración de veteranos _____	Otro _____
Desempleo _____	Compensación a los trabajadores _____
	Ingreso mensual total: _____

Gastos mensuales

Alquiler _____	1.º pago de _____
1.ª hipoteca _____	2.º pago de _____
2.ª hipoteca _____	Seguro de _____
Electricidad Gas _____	Agua _____
Cuidado infantil _____	Teléfono _____
Seguro médico _____	T.V. por cable _____
Facturas médicas _____	Internet _____
Tarjetas de crédito _____	Comida _____

Ingreso mensual ajustado: _____

Gastos mensuales totales: _____

ACTIVOS LÍQUIDOS

Nombre del banco/Unión	_____	Saldos	_____
Cuenta de ahorros	_____	Saldos	_____
Cuenta corriente	_____	Saldos	_____
Otro	_____	Saldos	_____
Otro	_____	Saldos	_____

ACTIVOS LÍQUIDOS \$ _____

ACTIVOS NO LÍQUIDOS

Propiedad inmobiliaria	_____	Acciones	_____
2.º automóvil	_____	y bonos	_____
Barco	_____	CD	_____
Seguro de vida	_____	Otro	_____
Préstamos	_____	Otro	_____
** Valor del 1.º automóvil	_____	** Valor de la propiedad familiar	_____

ACTIVOS NO LÍQUIDOS TOTALES \$ _____

ACTIVOS TOTALES \$ _____

Carta de apoyo: Al firmar esta carta de apoyo, de ningún modo queda obligado a pagar las facturas del paciente.

Yo, _____ proporciono alojamiento o ayuda financiera a _____

_____. Firmado por: _____

Relación _____ Fecha _____

***** **Esta solicitud debe estar acompañada por una prueba de ingresos** *****

Yo _____ certifico que mis ingresos familiares por los últimos 12 meses han sido \$ _____ y se pueden verificar poniéndose en contacto con el siguiente empleador:

Empresa: _____ Teléfono: _____

Empresa: _____ Teléfono: _____

Por el presente, autorizo a Parrish Medical Center a verificar la información en esta solicitud por cualquier medio necesario. También comprendo que esto podría implicar ponerse en contacto con mi empleador o banco, o ejecutar un informe crediticio.

Comprendo que, para ser elegible para este programa, debo estar dispuesto a postularme para cualquier programa estatal o federal, o fuentes privadas disponibles para pagar esta factura. También comprendo que esta solicitud puede ser reevaluada en cualquier momento si Parrish Medical Center lo considera necesario.

Certifico además que la siguiente información que proporciono en esta solicitud es verdadera y precisa de acuerdo con el inciso 817.50 de la ley pública 79-725: proporcionar información para estafar a un hospital con el fin de obtener bienes o servicios es un delito menor de segundo grado. En caso de que haya algún cambio en cuanto a la información otorgada en esta solicitud, acepto notificar de manera oportuna a Parrish Medical Center.

FIRMA DEL PACIENTE O GARANTE: _____ Fecha: _____

FIRMA DEL CÓNYUGE: _____ Fecha: _____

ATESTIGUADO POR: _____ Fecha: _____