JennieStuart Health

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 envié 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 PENSIÒN 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.

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
Situación actual: ☐ Empleado ☐ Empleado por cuenta propia ☐ Jubilado ☐ Incapacitado ☐ 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
Situación actual: ☐ Empleado ☐ Empleado por cuenta propia ☐ Jubilado ☐ Incapacitado ☐ 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
Situación actual: ☐ Empleado ☐ Empleado por cuenta propia ☐ Jubilado ☐ Incapacitado ☐ Desempleado – Última fecha que ha trabajado: _____			

Deaconess SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

PERSONAS DEPENDIENTES (Enlístese a usted mismo, cónyuge, dependientes de acuerdo con la ley)

Nombre	Edad	Relación	Nombre	Edad	Relación
1.			5.		
2.			6.		
3.			7.		
4.			8.		

BIENES (Deberá proveer prueba de valor) cantidad en dólares:

Cuentas de Ahorro	
Checking Account	
Valor de la Casa	
Otros Bienes Inmuebles	
TOTAL	

Información de los Vehículos

Marca y modelo	Año	Valor
1.		
2.		
3.		

DEUDAS cantidad en dólares:

Saldo del Préstamo de la Vivienda	
Saldo del Préstamo del Carro	
TOTAL	

PAGOS MENSUALES

Hipoteca	
Renta	
Servicios (Luz, agua, gas) etc.	
Costo de transporte	
Comida	
Pago del auto	
Pensión para hijos menores	
Otros gastos	
TOTAL	

INGRESO MENSUAL BRUTO (Se solicita prueba de ingresos)

Solicitante	
Esposo(a) del solicitante	
Ingreso de seguridad social	
Pensión de veteranos	
Pensión	
Desempleo	
Indemnización laboral	
Ingresos por intereses	
Ingresos por dividendos	
Pensión para hijos menores	
Pensión alimenticia	
Ingresos por arrendamientos	
Otro	
TOTAL	

Califico para la Asistencia pública. ___ Sí ___ No

Procesar su aplicación podría tomar de 10 a 14 días. Si se necesita información adicional o sus saldos están actualmente en un plan de pagos de Commerce Bank, se necesitará un tiempo adicional de procesamiento. Durante el consejo del proceso de asesoría financiera, determinaremos si usted cumple los requisitos para la cobertura de seguro médico a través de programas federales o estatales como Medicaid. If you are eligible for one of these programs, we will ask that you apply for coverage. Si usted es elegible para uno de estos programas, le solicitaremos que aplique para la cobertura. Nuestro equipo en The WellFund lo contactará. Se puede comunicar con ellos al 812-450-2124 o 855-365-9300 si usted tiene alguna pregunta sobre solicitar para la cobertura.

Yo, (su nombre) _____,
doy solemnemente fe que la información aquí contenida en esta solicitud es verdadera y fiel a mi pleno conocimiento.

_____ _____
Firma del paciente, padre, cónyuge o representante legal **Fecha**

Enviar a: Deaconess Financial Assistance
PO Box 3366, Evansville, IN 47732

Correo electrónico: Financial.Assistance@deaconess.com

Teléfono: 812-450-3435 **Fax:** 812-450-5261