

SOLICITUD DE ASISTENCIA 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 anual
\$ _____

DOMICILIO: _____ N.º DE TELÉFONO _____

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

¿Está embarazada? Sí No ¿Tiene hijos menores? Sí No. ¿Es discapacitado o recibe SSDI? Sí No

¿El solicitante califica para Medicaid? Sí No ¿El solicitante califica para algún otro programa federal o estatal? Sí No

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

Dependientes/Adultos en el grupo familiar. Para los dependientes adicionales agregue

	Nombre	Parentesco	Edad	Fecha de nacimiento
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____

Lugar de empleo: (Garante) _____ N.º de Teléfono: _____

Lugar de empleo: (Cónyuge) _____ N.º de Teléfono: _____

Ingreso mensual ¿Trabaja de manera independiente o tiene su propio negocio? Sí No **En caso afirmativo, proporcione las declaraciones financieras con esta solicitud.**

Empleo: Garante: _____	Manutención infantil _____
Empleo _____	Alquileres _____
Seguro social _____	Inmuebles _____
Administración de veteranos _____	Otro _____
Desempleo _____	Indemnización por accidente de trabajo _____

Ingreso mensual total: _____

Gastos mensuales

Alquiler _____	Pago de 1er. automóvil _____
1ra. hipoteca _____	Pago de 2do. automóvil _____
2da. hipoteca _____	Seguro de automóvil _____
Electricidad/Gas _____	Agua _____
Cuidado infantil _____	Teléfono _____
Seguro médico _____	Televisión por cable _____
Facturas médicas _____	Internet _____
Tarjetas de crédito _____	Comida _____

Ingreso mensual ajustado: _____

Gastos mensuales totales: _____

ACTIVOS LÍQUIDOS

Nombre del banco/Institución financiera	_____	Saldos	_____
Cuenta de ahorros	_____	Saldos	_____
Cuenta corriente	_____	Saldos	_____
Otro	_____	Saldos	_____
Otro	_____	Saldos	_____

**TOTAL DE
ACTIVOS LÍQUIDOS \$**

ACTIVOS NO LÍQUIDOS

Inmuebles	_____	Acciones	_____
2do. automóvil	_____	Bonos	_____
Barco	_____	CD	_____
Seguro de vida	_____	Otro	_____
Préstamos	_____	Otro	_____
** Valor del 1er. automóvil	_____	** Valor de la vivienda familiar	_____

TOTAL DE ACTIVOS NO LÍQUIDOS \$ _____

TOTAL DE ACTIVOS \$ _____

Carta de respaldo: Su firma en esta carta de respaldo no le genera obligación alguna por las facturas del paciente.

Quien suscribe, _____ proporciona alojamiento o asistencia financiera a _____

_____ Firmado por: _____

Parentesco _____ Fecha _____

TEXTO FALTANTE

Certifico _____ que mis ingresos familiares de los últimos 12 meses ascienden a \$ _____

y se pueden verificar comunicándose con el (los) siguiente(s) empleador(es):

Empresa: _____ N. ° de Teléfono: _____

Empresa: _____ N. ° de 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 comunicarse con mi empleador o banco, o solicitar 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 suministro en esta solicitud es verdadera y exacta de acuerdo con el artículo 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 ocurra algún cambio en la información proporcionada en la solicitud, acepto notificar de inmediato a Parrish Medical Center.

FIRMA DEL PACIENTE O GARANTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL CÓNYUGE: _____ FECHA: _____

ATESTIGUADO POR: _____ FECHA _____