



**RE: Asistencia financiera**

Hospital de la Comunidad ofrece un programa de asistencia financiera a las personas cuyos ingresos o patrimonio los califica para la participación. Bajo este programa, el hospital proporciona una cantidad razonable de asistencia a aquellos que cumplen con las directrices de la política y no son elegibles para recibir asistencia de los Servicios Sociales. Si cumple con los lineamientos, podemos ayudarle con la totalidad o parte de los cargos.

Adjunto encontrará un formulario de solicitud de asistencia financiera. Por favor complete este formulario y la siguiente información es **REQUERIDA**:

- Verificación de los ingresos en todas las cantidades enumeradas (es decir, declaración de impuestos reciente, formularios W-2, talones de cheques, estados de cuenta bancarios, carta de seguridad social o carta de un empleador)
- Estados de cuenta corrientes para cuentas de cheques y ahorros
- Facturas actuales para los montos de gastos médicos enumerados.

La verificación de los ingresos que proporcione debe ser durante los últimos tres meses o los últimos doce meses. También se requiere que enumere todos los activos y la deuda correspondiente. Esto incluye sus saldos bancarios, hogar, vehículos, vehículos recreativos, equipos, etc.

Después se volvió a su aplicación, se hará una determinación y se le notificará. Si usted tiene alguna pregunta sobre este programa o para llenar la solicitud, por favor siéntase libre de llamar a uno de los asesores financieros en el Community Hospital.

Sinceramente,

Laci Ingels  
Patient Financial Counselor  
(308) 344-8334

Lynn Soncksen  
Patient Financial Counselor  
(308)344-8322

COMMUNITY HOSPITAL  
SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

**INSTRUCCIONES:** Complete ambos lados de la solicitud, incluida la línea de firma en la página posterior.

**Se REQUIERE la siguiente documentación:**

- Verificación de los ingresos en todas las cantidades enumeradas (es decir, declaración de impuestos reciente, formularios W-2, talones de cheques, estados de cuenta bancarios, carta de seguridad social o carta de un empleador)
- Estados de cuenta corrientes para cuentas de cheques y ahorros
- Facturas actuales para los montos de gastos médicos enumerados

A los pacientes que presenten una solicitud incompleta se les enviará una carta identificando y solicitando la información faltante y, si no se recibe la información adicional dentro de los 30 días, la solicitud se cerrará.

**INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA**

Nombre \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Cónyuge / pareja \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono móvil # \_\_\_\_\_

Nombres dependientes / Edad \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS**

YO - Cónyuge / pareja  
Empleador \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Ingreso Bruto Mensual \_\_\_\_\_ Ingreso Bruto Mensual \_\_\_\_\_

Otros ingresos mensuales: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Otros ingresos mensuales: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_  
(Otros ejemplos de ingresos incluyen: SSI, manutención de los hijos, al Trabajador Comp.,  
El desempleo, pensión, renta, pensión alimenticia, etc..)

Si usted no tiene ingresos mensuales, por favor explicar cómo se toma el cuidado de sus gastos mensuales. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

Bancarios y de inversión:

saldo de la cuenta bancaria \$ \_\_\_\_\_

saldo de la cuenta de ahorros \$ \_\_\_\_\_

Ahorros para la Salud/Flexible Spending Account \$ \_\_\_\_\_

Activos Pasivos:

	Valor	Saldo adeudado
Residencia primaria	\$ _____	\$ _____
Residencia secundaria	\$ _____	\$ _____
Vehículo #1 Hacer _____ Año _____	\$ _____	\$ _____
Vehículo #2 Hacer _____ Año _____	\$ _____	\$ _____
Vehículo #3 Hacer _____ Año _____	\$ _____	\$ _____
Otros activos (Incluyendo: ilustraciones, joyería, Los vehículos recreativos, caravanas, etc..)		
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____

Por cuenta propia incluyen:

Herramientas comerciales / equipos	\$ _____	\$ _____
Negocio de bienes raíces	\$ _____	\$ _____
Vehículos comerciales	\$ _____	\$ _____

Otros pasivos:

Pago para _____ por _____	\$ _____
Pago para _____ por _____	\$ _____
Pago para _____ por _____	\$ _____
Pago para _____ por _____	\$ _____

Comentarios: \_\_\_\_\_

Actualmente participo en un plan de salud de costos compartidos del ministerio cristiano? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Además, voy a hacer la solicitud de cualquier otro tipo de ayuda que puede estar disponible para el pago de mis gastos del hospital (Medicaid, seguros, etc.), y voy a tomar cualquier acción razonablemente necesaria para obtener dicha asistencia y asignaré o pagar al hospital el monto recuperado por dichos cargos. Yo entiendo que la información dada se va a utilizar para determinar mi capacidad de pagar por los servicios prestados por el Hospital de la Comunidad. Por la presente autorizo a Community Hospital para investigar la información contenida en el presente documento.

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_