



Solicitud de asistencia financiera para el paciente

2700 Norfolk Avenue | Norfolk, Nebraska 68701 | www.frhs.org

VENCE EL:

] PREDETERMINACIÓN

Incluya con esta solicitud (si procede)

- Los recibos de sueldo de los últimos 3 meses o si es autónomo el estado de pérdidas y ganancias de los 3 últimos meses
- Una notificación de la carta de beneficios por desempleo, por discapacidad y/o el seguro social
- Una carta de notificación de la Compensación de los trabajadores, el informe de los beneficios o copias de los recibos de sueldo
- Una carta de notificación de ingresos militares o de un estado de cuenta bancaria si se depositan directamente
- Copia de los comprobantes de la pensión alimenticia o de un estado de cuenta bancaria si se deposita directamente
- Documentación de los Servicios de manutención infantil o un estado de cuenta bancaria si se depositan directamente
- Documentación de Servicios humanos y de salud de los cupones de alimentos recibidos
- La última Declaración del impuesto federal a la renta con toda la documentación probatoria
- La última Declaración del impuesto estatal a la renta con toda la documentación probatoria
- Los estados de cuentas bancarias de los últimos 3 meses de cuentas corrientes, de ahorros y de ahorros para la salud
- Toda la documentación de la cuenta individual para la jubilación (IRA, por sus siglas en inglés), acciones, bonos, pólizas de seguro de vida

N.º 1 Parte responsable

Apellido Nombre Segundo nombre

Domicilio Ciudad Estado Código postal

Seguro Social Fecha de nacimiento Edad

Teléfono fijo Teléfono celular

Nombre del empleador Años de empleo Teléfono de trabajo

] Soltera/o] Casada/o] Separada/o] Divorciada/o] Viuda/o

N.º 2 Cónyuge

Apellido Nombre Segundo nombre

Domicilio (si es diferente de aquel del paciente) Ciudad Estado Código postal

Seguro Social Fecha de nacimiento Edad

Teléfono fijo Teléfono celular

Nombre del empleador Años de empleo Teléfono de trabajo

N.º 3 Dependientes

Número de dependientes legales _____

Edad de los dependientes legales _____

N.º 4 Información del seguro

¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud?

[] Sí [] No

Nombre del asegurado n.º 1

Nombre del seguro de salud

Número de póliza

Nombre del asegurado n.º 2

Nombre del seguro de salud

Número de póliza

N.º 5 Ingreso bruto mensual familiar

	Parte responsable	Cónyuge
Empleo (ingresos brutos)	\$	\$
Autónomo *Tipo de negocio _____	\$	\$
Seguro Social	\$	\$
Rentas de alquiler de bienes inmuebles	\$	\$
Desempleo- Fecha de finalización _____	\$	\$
Discapacidad	\$	\$
Compensación de los trabajadores	\$	\$
Manutención infantil	\$	\$
Pensión alimenticia	\$	\$
Ingresos militares	\$	\$
Cupones de alimentos	\$	\$
Otros	\$	\$
TOTAL	\$	\$

Utilice un papel adicional para incluir otros ingresos de los miembros de la familia no mencionados

N.º 6 Ahorros e inversiones

- No tengo cuenta corriente
- No tengo cuenta de ahorros
- No tengo una cuenta de ahorros para la salud

Saldo de la cuenta corriente

Saldo de la cuenta de ahorros

Saldo de la cuenta de ahorros para la salud

Jubilación

CD/IRA/403b/401k/anualidades/IRA

Acciones/bonos/intereses/seguro de vida/Tierras

Otros ahorros e inversiones

* _____

TOTAL

	Parte responsable	Cónyuge
Saldo de la cuenta corriente	\$	\$
Saldo de la cuenta de ahorros	\$	\$
Saldo de la cuenta de ahorros para la salud	\$	\$
Jubilación	\$	\$
CD/IRA/403b/401k/anualidades/IRA	\$	\$
Acciones/bonos/intereses/seguro de vida/Tierras	\$	\$
Otros ahorros e inversiones	\$	\$
TOTAL	\$	\$

Utilice un papel adicional para incluir otros ahorros o inversiones de los miembros de la familia no mencionados

N.º 7 Otros activos

				\$	\$
Tierras	Acres	Propietario/modo de posesión		Saldo restante	Valor estimado
Bote		Año	Marca	Modelo	Saldo restante
					Valor contable
Casa rodante/vehículo recreativo		Año	Marca	Modelo	Saldo restante
					Valor contable
Motocicleta		Año	Marca	Modelo	Saldo restante
					Valor contable
Vehículo todo terreno		Año	Marca	Modelo	Saldo restante
					Valor contable
				\$	\$
TOTAL					TOTAL

N.º 8 Gastos mensuales (redondee al entero más cercano en dólares)

<u>Vivienda</u>		<u>Servicios de la vivienda</u>	
<input type="checkbox"/> Pago de la renta	\$	Electricidad	\$
<input type="checkbox"/> Pago hipotecario	\$	Agua	\$
*Valor de la casa	\$	Gas	\$
Pago adicional de la hipoteca	\$	Recolección de basura	\$
*Saldo restante	\$	Teléfono (línea fija)	\$
Renta de lotes (casas rodantes)	\$	Teléfono (celular)	\$
Seguro para inquilinos	\$	Cable e Internet	\$
Seguro para propietarios	\$		
(Si no se incluye en la hipoteca)	\$		
Impuesto sobre bienes inmuebles	\$		
(Si no se incluye en la hipoteca)	\$		

<u>Transporte/vehículos</u>	
Pago del automóvil	\$
*Saldo restante	\$
Año _____ Marca _____ Modelo _____	
Pago del automóvil	\$
*Saldo restante	\$
Año _____ Marca _____ Modelo _____	
Pago del automóvil	\$
*Saldo restante	\$
Año _____ Marca _____ Modelo _____	
Seguro	\$
Gasolina/diésel	\$

<u>Médico</u>	
Seguro de salud	\$
Seguro de vida	\$
Seguro odontológico	\$
Medicamentos	\$
Otros: _____	\$
*Saldo	\$
Otros: _____	\$
*Saldo	\$
Otros: _____	\$
*Saldo	\$
Otros: _____	\$
*Saldo	\$

N.º 8 Gastos mensuales (continuación)

<u>Tarjetas de crédito</u>		<u>Otros gastos</u>	
Nombre _____		Tipo _____	
Pago _____	\$ _____	Pago _____	\$ _____
Saldo _____	\$ _____	Saldo _____	\$ _____
Nombre _____		Tipo _____	
Pago _____	\$ _____	Pago _____	\$ _____
Saldo _____	\$ _____	Saldo _____	\$ _____
Nombre _____		Tipo _____	
Pago _____	\$ _____	Pago _____	\$ _____
Saldo _____	\$ _____	Saldo _____	\$ _____
Nombre _____		Tipo _____	
Pago _____	\$ _____	Pago _____	\$ _____
Saldo _____	\$ _____	Saldo _____	\$ _____

<u>Varios</u>			
Alimentos y productos de papel	\$ _____	Cuidado infantil	\$ _____
Ropa/zapatos	\$ _____	Manutención infantil	\$ _____
Entretenimiento	\$ _____	Pensión alimenticia pagada	\$ _____
Contribuciones benéficas	\$ _____	Cuidado del césped	\$ _____
Periódico	\$ _____	Remoción de la nieve	\$ _____

GASTO TOTAL (solo para uso administrativo) \$	X 12 = \$
--	------------------

N.º 9 Otros comentarios

N.º 10 Asignación de derechos

Entiendo que el comprobante de ingreso (consulte la Lista de verificación de asistencia financiera) es necesario para procesar mi solicitud. También entiendo que es posible que se solicite más información antes de que se determine mi elegibilidad.

Por este medio reconozco que la información que aparece en esta solicitud es verdadera y correcta. Si se proporciona algún dato que resulte ser falso o se oculta alguna información, entiendo que el hospital puede tomar cualquier medida que considere apropiada. Esta medida puede incluir el rechazo de esta solicitud hasta e inclusive el rechazo de todas las solicitudes futuras.

Acepto que reembolsaré la ayuda con la que fui recompensado si recibo algún tipo de pago por los servicios médicos cubiertos por esta solicitud. Algunos ejemplos serían: pagos de seguros, pagos de programas del gobierno, arreglos judiciales o cualquier otra forma de pago recibida.

Firma	Fecha	Firma	Fecha
-------	-------	-------	-------

Faith Regional Health Services no otorgará asistencia financiera para los procedimientos que no se consideren médicamente necesarios, tales como: pruebas de fertilidad, tratamientos de fertilidad, procedimientos estéticos, etc.

Usted debe ser ciudadano estadounidense, ciudadano naturalizado de EE. UU. o ser residente legal de EE. UU. con el fin de calificar para cualquier tipo de ayuda financiera otorgada por Faith Regional Health Services.

Si no se completa y/o coopera con todos los demás programas de asistencia gubernamental y de FRHS; como MASH, Medicaid y/o la Reforma Sanitaria que comenzó el 01/01/14, usted será descalificado del programa de asistencia financiera otorgado por Faith Regional Health Services.

En el futuro, si su situación financiera mejora y desea recordar la ayuda que ha recibido, considere hacer una donación a Faith Regional Health Services Foundation.