

# SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA DEL HOSPITAL-*COBERTURA DE SEGURO INSUFICIENTE*

Las aprobaciones de esta solicitud son de carácter transitorio y expiran a los 12 meses de la fecha de aprobación

Hospital: <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants	Fecha:
Paciente:	Garante/Cónyuge:
N.º de historia clínica:	N.º de historia clínica:
Fecha de nacimiento:	N.º de Seguro Social (si se emitió):
N.º de Seguro Social (si se emitió):	Teléfono de la casa:
Teléfono de la casa:	Teléfono laboral:
Teléfono laboral:	Relación con el paciente:
Dirección de la casa:	Domicilio:
Ocupación y empleador:	
Dirección del empleador:	
<b>Idioma:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> No inglés	
<b>Origen étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Origen étnico sin identificar	
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro o múltiples razas <input type="checkbox"/> Raza sin identificar	

**Incluya los siguientes datos con respecto a TODOS los integrantes de la unidad familiar, EXCEPTO los del Paciente o Garante.**

Nombre y relación con el paciente:	N.º de Seguro Social (si se emitió):	Fecha de nacimiento:	N.º de historia clínica:
Empleador, teléfono y dirección:	Dirección de la casa:		
Nombre y relación con el paciente:	N.º de Seguro Social (si se emitió):	Fecha de nacimiento:	N.º de historia clínica:
Empleador, teléfono y dirección:	Dirección de la casa:		
Nombre y relación con el paciente:	N.º de Seguro Social (si se emitió):	Fecha de nacimiento:	N.º de historia clínica:
Empleador, teléfono y dirección:	Dirección de la casa:		
Nombre y relación con el paciente:	N.º de Seguro Social (si se emitió):	Fecha de nacimiento:	N.º de historia clínica:
Empleador, teléfono y dirección:	Dirección de la casa:		

INGRESOS MENSUALES	MONTO	ACTIVOS	MONTO	GASTOS MENSUALES/RESPONSABILIDADES	MONTO
Salario y jornales del paciente		Ahorros		Pago de hipoteca o alquiler	
Salario y jornales del cónyuge		Cuenta de cheques		Saldo actual _____	
Salario y jornales del garante:		Certificados de depósito (CD)		Impuestos inmobiliarios si no están incluidos en el pago de hipoteca	
Ingresos por el trabajo por cuenta		Cuentas de mercado monetario		Servicios: Gas/Electricidad/Combustible _____	
Ingresos por cuidado de niños		Bonos de ahorros		Cable/Internet _____	
Ingresos por alquiler		Acciones		Teléfono _____	
Compensación por desempleo		Bonos		Pagos por automóvil o por alquiler de vehículo	
Seguro por incapacidad transitoria		Fondos mutuos		Saldo actual _____	
Manutención de hijos		Cuentas de retiro individual (IRA)		Pagos de tarjeta de crédito	
Pensión alimenticia		Planes 401(k)		Saldo actual _____	
Beneficios de la VA (para veteranos)		Planes 403(b)		Cuotas de préstamos	
Pagos de Seguro Social		Planes 457		Saldo actual _____	
Ingresos por intereses y dividendos		Valor en efectivo del seguro de vida		Seguro de vida	
Regalías		Bienes personales		Seguro de la propiedad	
Jubilaciones		Segunda casa y alquiler de propiedades		Gastos médicos	
Asistencia pública		Otros vehículos automotores		Comestibles	
Otro				Otros gastos	
<b>INGRESOS MENSUALES:</b>					
<b>INGRESOS ANUALES:</b>			<b>TOTAL:</b>		<b>TOTAL:</b>

«Solicito que el hospital determine la elegibilidad de ayuda financiera. Entiendo que esta información es confidencial y está sujeta a verificación por parte del hospital. También entiendo que si la información que presento es falsa, se me podrá denegar la ayuda financiera y quizá deba pagar los servicios hospitalarios provistos. Por la presente doy fe de que la solicitud está completa y sus datos son correctos a mi leal saber y entender, y que entiendo el procedimiento y mis responsabilidades.»

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante del hospital: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO INTERNO**

Aprobado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Denegado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Cobertura del seguro: \_\_\_\_\_ Asistencia médica:  Sí  No

Servicios relacionados con accidente laboral u otro tipo de accidente:  Sí  No

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

Cantidad de miembros de familia: \_\_\_\_\_ Nivel FPG: \_\_\_\_\_ %FPG: \_\_\_\_\_

DESCUENTO (%): \_\_\_\_\_ DESCUENTO (\$): \_\_\_\_\_

Máximo de responsabilidad del paciente: \_\_\_\_\_