

Aplicación para Asistencia Financiera

Instrucciones: Complete la aplicación por entero, provee prueba de ingresos, firme y ponga la fecha

Demografía de Cliente:

| | | |
|-------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Nombre de cliente | Fecha de Nacimiento | Numero de Seguro Social (Opcional) |
| | | |
| Domicilio | Ciudad, Estado, Código Postal | Numero de Teléfono |
| | | |

Por favor circule todas las respuestas

¿Es usted Ciudadano de los Estado Unidos? (Opcional) No Si ¿Es usted inmigrante documentado? (Opcional) No Si

¿Es usted asignado en los impuestos de alguien más? No Si

¿Quién lo asigna como dependiente? _____

*Provee copia de seguro medico

¿Usted tiene seguro médico? No Si Nombre de Seguro Médico y #ID: _____

¿Usted tiene Medicare? No Si #ID Medicare _____

¿Usted tiene Medicaid? No Si #ID Medicaid _____

¿Ha aplicado para Medicaid? No Si ¿Fecha que aplico para Medicaid?: _____

¿Está encarcelado al presente? No Si ¿Cuánto tiempo tiene encarcelado?: _____

Estado civil:

Soltero(a)/Nunca Casado(a) Casado(a) Legalmente Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Ingresos del Hogar: Incluya cualquier persona que reciba 50% de apoyo financiero en el hogar

| | Nombre de todo miembro del hogar | Relación | Fecha de Nacimiento | Empleador/Fuente de Ingreso | Ingreso |
|----------------------|----------------------------------|-------------|---------------------|-----------------------------|-----------|
| 1 | | Yo | | | |
| 2 | | Esposo(a) | | | |
| 3 | | Dependiente | | | |
| 4 | | Dependiente | | | |
| 5 | | Dependiente | | | |
| Ingreso Anual | | | | | \$ |

_____ Al presente estoy desempleado y no califico para beneficios de desempleo

_____ En este momento no tengo ninguna fuente de ingreso**

_____ No tengo hogar y/o no tengo lugar permanente por las noches**

**Si marco, complete Atestación Sin Hogar/Cero Ingreso

Debe incluir artículos aplicables de esta lista para verificar ingresos (Exhibición B)

| Tipo de Ingreso | Documentacion | MSH Use Only |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Ganancias/Propinas/Salario | Talones de cheque | |
| Compensación de Desempleo | Carta o estado de cuenta | |
| Ingresos de Auto- Empleo | Declaración de impuestos del año anterior o estado de cuenta sobre ganancias/perdidas del año | |
| Compensación de trabajador | Carta de determinación de beneficios o de actualización | |
| SSI o SSDI | Carta de determinación de beneficios, Estado de cuenta, Carta de actualización | |
| Manutención | Decreto de la Corte | |
| Ingresos de hogar rentado | Copia de arrendamiento | |
| Fondo Fiduciario | Carta de fideicomisario | |

Solo Hospitalario

___ Yo apruebo que WSH contacte a mi empleador para obtener verificación sobre mis ingresos, complete Autorización para Divulgar Información (ROI)

___ Yo NO apruebo que WSH contacte a mi empleador para obtener verificación sobre mis ingresos

Información adicional:

Yo, por lo presente certifico que la información dada es correcta a mi mayor conocimiento y le doy a Mind Springs Health /West Springs Hospital, permiso de verificar cualquier información dada. Yo entiendo que si no proveo prueba de ingresos se espera que yo pague el balance que se ha atribuido, que es mi responsabilidad, en completo

Firma de Cliente/Paciente, o Persona Autorizada: _____

Nombre (En letra de molde): _____ Fecha: _____

| | |
|------------------------------|-------------------|
| MSH/WSH Use Only | |
| Client ID: | _____ |
| Staff: | _____ Date: _____ |
| POI Verified: Yes No | FPL _____ % |
| Eligibility: Approved Denied | |
| Type: OBH Internal | |

Sin Hogar/Atestación de Cero Ingreso

Instrucciones: Complete esta forma si ha indicado en la Aplicación para Asistencia Financiera no tener fuente de ingreso, no tener hogar, y/o no tener hogar permanente.

Yo, _____, por lo presente, certifico que No recibo ingresos de ninguna fuente.

Yo comprendo que fuentes de ingresos incluyen, pero no son limitadas a lo siguiente:

- Ganancias, sueldos, salarios y propinas
- Pagos regulares de Seguro Social, jubilación, beneficios de desempleo, compensación al trabajador,
- pagos para veteranos, asistencia pública y pago de capacitación
- Manutención, Manutención de menores, asignaciones para familias militares u otro apoyo regular de
- algún pariente ausente o alguien que no vive en el hogar; pensiones privadas, y seguro regular o pagos de anualidad
- Becas de colegio o universidad, subsidio, programa de becas y lectorado
- Dividendos, interés, ingreso neto de renta, regalías neto, recibos de patrimonio o fideicomiso, apuestas neto o ganancias de lotería

Por favor explique de bajo como usted (o su familia) han pagado estos tres gastos de subsistencia al no tener ingresos en el hogar:

Comida _____

Utilidades (electricidad, calefacción & refrigeración)

Vivienda _____

Yo, por lo presente, atesto que esta información es cierta, precisa, y completa a lo mayor de mi conocimiento y yo entiendo que cualquier falsificación, omisión o ocultación de hecho relevante me sujeta a descalificación de asistencia financiera.

Firma de Cliente/Paciente o representante autorizado: _____

Nombre (en letra de molde): _____ Fecha: _____

Si tiene alguna pregunta, un consejero de finanzas está disponible para ayudarle.

Lunes – Viernes 8:00am to 4:00pm

Llamada gratuita 1(888)320-5218