



EVALUACIÓN FINANCIERA SOLICITUD

NOMBRE DEL/LA PACIENTE: _____

N.º DE CUENTA: _____

FECHA DE HOY: _____ FECHA LÍMITE DE LA SOLICITUD: _____

Entregue toda la documentación que corresponda a todos los miembros de su NÚCLEO FAMILIAR:

- _____ Reconocimiento firmado del descargo de responsabilidad de la organización de beneficencia
- _____ Tarjeta del seguro social con el nombre correcto y/o licencia de conducir vigente del estado de Alabama.
- _____ Declaración fiscal de ingresos más reciente (completa, no se aceptan solo W2) de todos los miembros del núcleo familiar. Si no declaró impuestos, necesitaremos un formulario T4506-T.
- _____ Verificación de la asignación mensual de cupones de alimentos (Food Stamps). Esta carta puede recogerse en la Oficina de Cupones de Alimentos.
- _____ Prueba de beneficios de desempleo, incluidos los beneficios máximos.
- _____ Carta de adjudicación original del seguro social o del programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), si corresponde.
- _____ Prueba de ingresos del seguro social o por incapacidad, si corresponde.
- _____ Prueba de que recibe una pensión alimenticia y/o de manutención infantil.
- _____ Extracto bancario más reciente.
- _____ Prueba de cualquier otro ingreso que le brinden familiares o amistades. Esta última debe incluir el monto aproximado en dólares por mes y debe estar certificada.
- _____ Los tres comprobantes de pago más recientes de todos los miembros del grupo familiar y/o una declaración certificada de sus empleadores en caso de que no reciban comprobantes.
- _____ Copia de todas las facturas recientes declaradas, entre ellas:
 - _____ Hipoteca o renta
 - _____ Seguro de propiedad
 - _____ Pagos del automóvil
 - _____ Seguro automotor
 - _____ Seguro médico y de vida
 - _____ Facturas médicas
 - _____ Facturas de la farmacia
 - _____ Extractos de la tarjeta de crédito
 - _____ Extractos de préstamos

Entregue la solicitud y la documentación correspondiente en nuestra oficina. Haremos copias si las necesitamos. Si envía todo por correo, le rogamos que envíe solo las copias. No nos responsabilizamos por los documentos originales.

Puede que le solicitemos documentación adicional según su situación particular.

Si tiene cualquier consulta, comuníquese con nuestros/as asesores/as al 256-737-2677 o al 256-737-2678.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Puede que otros proveedores no necesariamente coincidan con nuestros criterios de aprobación de asistencia financiera. Contacte a dichos proveedores en forma directa si tiene consultas con respecto a sus facturas.

SOLICITUD DE EVALUACIÓN FINANCIERA

Nombre del/la paciente _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ N.º del seguro social: _____

Género: M ___ F Estado civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a

Nombre del/la garante _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ N.º del seguro social: _____

Género: M ___ F Relación con el/la paciente _____

Dirección actual _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Condado _____ Hogar propio/arrendado ¿Desde hace cuánto? _____

Teléfono _____ Teléfono móvil _____ Teléfono laboral _____

Cantidad de personas en la casa _____ Cantidad de personas laboralmente activas _____

Empleador del/la paciente _____ ¿Desde hace cuánto? _____

Empleador del/la cónyuge _____ ¿Desde hace cuánto? _____

¿Cuenta con un seguro médico laboral? (Marque con un círculo) Sí No

¿Ha perdido su cobertura laboral en forma reciente? (Marque con un círculo) Sí No

Si respondió que sí, ¿puede calificar para la cobertura COBRA? (Marque con un círculo) Sí No

¿Ha solicitado un seguro conforme a la Ley de Atención Asequible? (Marque con un círculo) Sí No

Costo mensual de la cobertura: Familiar: \$ _____ Individual: \$ _____

Si se encuentra desempleado/a, ¿desde hace cuánto tiempo? _____ ¿Recibe un cheque por desempleo? _____

Si su cónyuge está desempleado/a, ¿desde hace cuánto tiempo? _____ ¿Recibe un cheque por desempleo? _____

Nombre del banco _____ ¿Tiene cuenta bancaria? Cuenta corriente _____ Caja de ahorro _____

¿Recibe algún tipo de dinero para manutención infantil? Sí No

¿Pensión alimenticia? _____ Sí No ¿Cuánto? _____

¿Alguna vez solicitó una pensión del programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) o por incapacidad? Sí No ¿Cuándo fue la última vez que lo hizo? _____

¿Cuál es el estado del caso? Pendiente ___ Rechazado ___ Aprobado

Si está pendiente o fue rechazado, ¿cuenta con la representación de un/a abogado/a? Sí No

¿Esta visita se debió a algún tipo de accidente? Si respondió que sí, ¿hubo algún seguro contra terceros?

Si respondió que sí hubo un seguro contra terceros, especifique el nombre de empresa de seguros y su teléfono, dirección y la información de la

póliza: _____

Solicita asistencia para: _____ Fecha de servicio anterior _____ Fecha de servicio futura

Actualizado el 08-19-2016

Consulte la póliza P&P PFS141-003.03

Solicitud de Asistencia Financiera

Página 2 de 3

Permiso para divulgar información a la clínica Good Samaritan Health Clinic

Si no cuenta con un seguro, es residente del condado de Cullman y tiene entre 19 y 65 años, puede que califique para recibir servicios médicos a través de Good Samaritan Health Clinic. Gran parte de la documentación que necesita para calificar para el programa de beneficencia del hospital es similar a la que le solicitan Good Samaritan Health Clinic. Con la intención de acelerar el proceso de solicitud, el hospital le brindará a Good Samaritan Health Clinic (con su permiso) las copias de la documentación que nos envió.

Declaro _____ que resido en el condado de Cullman y autorizo al Centro Médico Regional de Cullman a divulgar la información financiera proporcionada como parte de mi solicitud de ingreso al programa de beneficencia de Good Samaritan Health Clinic. La información que no pueda divulgarse se encuentra identificada de forma pertinente.

Firma _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Testigo: _____

Consulte la póliza P&P PFS141-003.03

Solicitud de Asistencia Financiera

Página 3 de 3