

SOLICITUD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha: _____

SECCIÓN I: DEMOGRAFÍA

Nombre del Paciente _____ No. SS _____ No. de Cuenta _____

Nombre del Avalista _____

Dirección _____ Fecha de Nacimiento _____

Ciudad, Estado Codigo Postal _____ Genero: ___M ___H

Estatus Marital: ___Solo ___Casado ___Divorciado ___Viudo ___Separado

Número de Contacto: Telefono Residencial () _____ Trabajo () _____

Celular () _____

Usted es Ciudadano Americano? _____ Residente Legal Permanente? _____

En que Condado Reside? _____

SECCIÓN II: INGRESOS CORRIENTES, GASTOS Y DATOS BANCARIOS

| Ingresos Mensuales | Paciente | Cónyuge/Co-Applicante |
|--|----------|-----------------------|
| A. Ingresos Brutos (antes de deducciones) | | |
| B. Ingresos Netos (despues de deducciones) | | |
| C. Ingresos de Negocios (si trabaja por su cuenta) | | |
| D. Seguro Social/SSI | | |
| E. Retiro | | |
| F. Pensión/Manutención Alimenticia | | |
| G. Intereses y Dividendos | | |
| H. Ingresos Inmobiliarios | | |
| I. Otros Ingresos | | |
| Total de Ingresos Mensuales (total B-I) | | |
| Total de Ingresos Mensuales del Paciente/Cónyuge | | |

Balance en su Cuenta de Cheques \$ _____ Balance en su Cuenta de Ahorros \$ _____

Tiene alguna otra Cuenta Bancaria? ___Si ___No (si la tiene, adjunte una hoja con la información bancaria)

SITUACIÓN FAMILIAR: Lista de miembros de la familia por nombre legal. Prueba de Ingresos pueden ser requeridos

| | <u>NOMBRE</u> | <u>FDN</u> | <u>EDAD</u> | <u>NO. SS</u> | <u>RELACIÓN</u> | <u>INGRESOS BRUTOS</u> |
|----|---------------|------------|-------------|---------------|-----------------|------------------------|
| 1. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | \$ _____ |
| 2. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | \$ _____ |
| 3. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | \$ _____ |
| 4. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | \$ _____ |
| 5. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | \$ _____ |
| 6. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | \$ _____ |
| 7. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | \$ _____ |

Alguien de la familia esta embarazada? _____ Quien? _____ Relación _____

| | | | |
|-----------------------------------|----------|---------------------------------------|----------|
| CDs / Existencias/Bonos | \$ _____ | Retiros / 401k / IRA | \$ _____ |
| Caja de Seguridad | \$ _____ | Propiedad de Alquiler | \$ _____ |
| RV / Trailer / Bote / ATV | \$ _____ | Ganado / Terreno | \$ _____ |
| Conjunto/Seguro de Vida a Término | \$ _____ | Póliza de Entierro | \$ _____ |
| Residencia Secundaria | \$ _____ | Inmobiliaria | \$ _____ |
| Pagaré | \$ _____ | Reclamaciones por Lesiones Personales | \$ _____ |

INFORMACIÓN DE EMPLEO:

Si no esta empleado durante este tiempo, cuando fue la ultima vez que trabajo?

INFORMACIÓN OBTENIDA DE: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

Me gustaria aplicar para la asistencia financiera de Newton Medical Center. Entiendo que es la expectativa de Newton Medical Center que los pacientes usen todos los recursos financieros disponibles para pagar su factura medica antes de cualquier ayuda financiera sea concedida.

La información proporcionada arriba es verdadera y completa.. Al firmar este formulario, acepto permitir a Newton Medical Center para comprobar si hay empleo e historial de crédito con el fin de determinar mi elegibilidad para asistencia financiera. Acepto permitir que las instalaciones y organización para proporcionar información sobre mi estado financiero a Newton Medical Center con el fin de determinar mi elegibilidad para asistencia financiera. También entiendo que se me puede requerir comprobantes de la información que estoy proporcionando. Si está información es falsa o haya, Yo entiendo que mi solicitud será negada.

| | | | |
|---------------------|-------|------------------------|-------|
| Firma del Aplicante | Fecha | Firma del Co-Aplicante | Fecha |
|---------------------|-------|------------------------|-------|

FAVOR DE REGRESAR SU SOLICITUD A CATHERINE RYAN, MIDLAND GROUP: 1310 WAKARUSA DR. LAWRENCE, KS 66049 O FAX AL 785-840-9677. PARA PREGUNTAS LLAMAR 785-330-7278 O 620-604-0730

Cualquier solicitud no firmada y sin la documentación necesaria no sera procesada hasta que la información sea recibida. En orden para que Newton Medical Center lo asista en completar su solicitud para asistencia financiera o algún otro descuento adicional la siguiente información y documentación déve ser entregada a mas tardar _____.

- **SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA (solicitud déve ser firmada por su conyuge si es casado/a)**
 - Toda la solicitud completa
- **COMPROBANTES DE TODOS LOS INGRESOS BRUTOS (antes de taxes)**
 - Copias de los talonarios o pensión o carta del empleador por los tres meses antes del dia de servicio.
 - Estado de cuenta del Seguro Social de cada persona
 - La order de la corte de manutención alimenticia
 - Carta de confirmación de beneficios de desempleo
 - Algún otro recurso de ingreso
 - Copias de los estados de cuenta de cheques/ahorros por los ultimos 90 dias
- **COPIA DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS DEL AÑO PREVIO SI FUE REQUERIDO PRESENTAR UNA DECLARACIÓN**
 - Copias se pueden obtener contactando a IRS al -800-829-1040
 - Si no fue requerido a presentar su declaración, necesitamos copias de las W-2

Si no tiene ingresos y no se apoya usted mismo requerimos una declaración por escrito de quien lo este apoyando.