

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Información del paciente	Información de la parte responsable	Información sobre el cónyuge
Nombre:	Nombre:	Nombre:
N.º DEL SEGURO SOCIAL:	N.º DEL SEGURO SOCIAL:	N.º DEL SEGURO SOCIAL:
FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:

Dirección del paciente		¿Cuánto tiempo lleva en esta dirección?	
N.º de teléfono		¿Ciudadano estadounidense? ¿Sí/No?	

Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Divorciado
---------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Miembros de la familia (si algún miembro de la familia está empleado, envíe un comprobante de ingresos).					
Nombre		Fecha de nacimiento		Nombre	Fecha de nacimiento
Nombre		Fecha de nacimiento		Nombre	Fecha de nacimiento
Nombre		Fecha de nacimiento		Nombre	Fecha de nacimiento

Historial de empleo

- Proporcione pruebas de ingresos. Ejemplos: talonario de pago, formulario W2, declaración de impuestos, seguro social o verificación de discapacidad, carta del empleador, asistencia pública, ingresos de jubilación, pensión alimenticia, manutención de niños o asistencia educativa.
- Si no tiene ingresos, presente una carta de la persona que paga sus gastos.
- Si recibe cupones para alimentos, presente prueba de cupones para alimentos.

Empleador del paciente o de la persona responsable:		Desde:	Hasta:
Salario por hora/semanal/mensual/anual	N.º promedio de horas trabajadas por semana:	N.º de teléfono	
Nombre del empleador anterior:		Desde:	Hasta:
Salario por hora/semanal/mensual/anual	N.º promedio de horas trabajadas por semana:	N.º de teléfono	
Empleador del cónyuge:		Desde:	Hasta:
Salario por hora/semanal/mensual/anual	N.º promedio de horas trabajadas por semana:	N.º de teléfono	
Nombre del empleador anterior:		Desde:	Hasta:
Salario por hora/semanal/mensual/anual	N.º promedio de horas trabajadas por semana:	N.º de teléfono	

Si no tiene ingresos, explique:

Seguro de salud

Are you covered by any insurance? Y/N?

If so, what insurance?

¿Ha solicitado Medicaid? ¿SÍ/NO?		En caso afirmativo, cuándo:		¿Qué condado?	
Nombre del trabajador social:				¿Aprobado o denegado para Medicaid?	

Manutención de niños/pensión alimenticia Proporcione pruebas	¿Recibe manutención para hijos o pensión alimenticia? ¿SÍ/NO?		Si es así, ¿cuánto?	\$ _____/mes
Cupones de alimentos Proporcione pruebas	¿Recibe asistencia de cupones para alimentos? ¿SÍ/NO?		Si es así, ¿cuánto?	\$ _____/mes

Activos (adjunte páginas adicionales cuando sea necesario)	
Residencia primaria	\$
Otros bienes inmuebles	\$
Cuentas bancarias	\$
Cuenta corriente	\$
Ahorros	\$
Cuentas de jubilación	\$
Acciones/fondos de inversión/fideicomiso	\$
Valor en efectivo del seguro de vi	\$
Cupones de alimentos mensuales	\$
Activos totales	\$

Pasivo	Saldo actual	Pago mensual
Saldo(s) hipotecario(s)	\$	\$
Alquiler	\$	\$
Servicios	\$	\$
Tarjetas de crédito	\$	\$
Préstamo(s) para vehículos	\$	\$
Otros:	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
Deuda total	\$	\$

Tipos de vehículos

Marca	Modelo	Año

Certificación

Certifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender. Autorizo la divulgación de cualquiera de estos datos por parte de mi empleador o de los titulares de los mismos, con el fin de evaluar la asistencia en el pago de mis facturas médicas y la verificación de mis ingresos, gastos y patrimonio.

Firma del paciente o garante	Fecha	
Firma del entrevistador	Fecha	

Devuelva el formulario debidamente completado y el comprobante de ingresos a:

Hugh Chatham Health
P.O. Box 560
Elkin, NC 28621
Atención: Asistencia financiera

RECORDATORIO: Envíe un comprobante de ingresos junto con la solicitud debidamente completada.

Ejemplos: talonario de pago, formulario W2, declaración de impuestos, verificación de seguro social o discapacidad, carta del empleador, asistencia pública, ingresos de jubilación, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia educativa y cupones para alimentos. Si no tiene ingresos, envíe una carta de la persona que paga sus gastos.