

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA DEL HOSPITAL

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

Hospital: ☐ Butler ☐ Kent ☐ Memorial ☐ 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:			
Idioma: ☐ Inglés ☐ No inglés			
Origen étnico: ☐ Hispano ☐ No hispano ☐ Origen étnico sin identificar			
Raza: ☐ Asiático ☐ Indio americano/Nativo de Alaska ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico			
☐ Blanco ☐ Otro o múltiples razas ☐ 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		ACTIVOS	
Salario y jornales del paciente:	Ahorros:		
Salario y jornales del cónyuge:	Cuenta de cheques:		
Salario y jornales del garante:	Certificados de depósito (CD):		
Ingresos por el trabajo por cuenta propia:	Cuentas de mercado monetario:		
Ingresos por cuidado de niños:	Bonos de ahorros:		
Ingresos por alquiler:	Acciones:		
Compensación por desempleo:	Bonos:		
Seguro por incapacidad temporal:	Fondos mutuos:		
Manutención de hijos:	Cuentas de retiro individual (IRA):		
Pensión alimenticia:	Planes 401(k):		
Indemnización laboral:	Planes 403(b):		
Beneficios de la VA (para veteranos):	Planes 457:		
Pagos de Seguro Social:	Valor en efectivo del seguro de vida:		
Ingresos por intereses y dividendos:	Bienes personales:		
Regalías:	Segunda casa y alquiler de propiedades:		
Jubilaciones:	Segundo vehículo automotor:		
Asistencia pública:	TOTAL:		
Otro:			
INGRESOS MENSUALES:			
INGRESOS ANUALES:			

«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: _____