

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Favor de llenar esta solicitud lo más completamente posible y devolverla dentro de un plazo de diez días hábiles. Su aplicación no está completa sin pruebas de ingresos y bienes. Por favor no envíe documentos originales, debido a que no podemos regresarle estos documentos. Si declara un ingreso de \$0, favor de proveer una pequeña explicación de como usted esta cumpliendo con sus gastos mensuales. Si usted desea proporcionarnos información adicional con la que usted siente que nos ayudaría a entender mejor su situación, favor de agregar una carta a la solicitud.

USTED TAMBIÉN DEBERÁ DAR PRUEBA DE INGRESOS FAMILIARES BRUTOS E INFORMACION DE BIENES. PUEDE SER EN FORMA DE:

INGRESOS

1. LOS ÚLTIMOS CUATRO (4) TALONES DE PAGO
2. LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES (1040) Y ALGÚN ANEXO ADJUNTO
3. CARTA DE VERIFICACIÓN DE LOS BENEFICIOS O 1099
4. ESTADO DE CUENTA DEL PAGO DE PENSION ALIMENTICIA

BIENES

1. ESTADOS DE CUENTA BANCARIOS RECIENTES QUE RESPALDEN EL VALOR INDICADO PARA CUENTAS CORRIENTES/DE AHORRO, CERTIFICADOS DE DEPOSITO, VALORES Y/O LIQUIDACIONES FINANCIERAS

Por favor escriba con letra de molde toda la información utilizando solamente tinta NEGRA

DATOS DEL PACIENTE

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido (s)	
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Estado Civil S C D V	Sexo M F	No. de Teléfono	
Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal
Profesión	Nombre del Patrón	¿Duración en empleo?		Tiempo Completo Medio Tiempo	¿Cuántas horas por semana?

INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE

Correo Electrónico:

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido (s)	
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Estado Civil S C D V	Sexo M F	No. de Teléfono	
Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal
Profesión	Nombre del Patrón	¿Duración en empleo?		Tiempo Completo Medio Tiempo	¿Cuántas horas por semana?

RESPONSIBLE PARTY'S SPOUSE INFORMATION

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido (s)	
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo M F	No. de Teléfono		
Profesión	Nombre del Patrón	¿Duración en empleo?		Tiempo Completo Medio Tiempo	¿Cuántas horas por Semana?

PERSONAS DEPENDIENTES (Enlítese a usted mismo, cónyuge, dependientes de acuerdo con la ley)

Nombre	Edad	Relación	Nombre	Edad	Relación
1.			4.		
2.			5.		
3.			6.		

BIENES (Deberá proveer prueba de valor) cantidad en dólares:

Efectivo en Mano	_____	
Cuentas de Ahorro	_____	
Cuentas Corrientes	_____	
Certificado de Depósito	_____	
Títulos en Valores	_____	
Valor de la Casa	_____	
Otros Bienes Inmuebles	_____	
Otro	_____	
TOTAL	_____	
Información de los Vehículos		
Marca y Modelo	Año	Valor
1.		
2.		
3.		

INGRESO MENSUAL BRUTO (Se solicita prueba de ingresos)

Solicitante	_____
Esposo (a) del Solicitante	_____
Ingreso de Seguridad Social	_____
Pensión de Veteranos	_____
Pensión	_____
Desempleo	_____
Indemnización Laboral	_____
Ingresos por Intereses	_____
Ingresos por Dividendos	_____
Pensión por Hijos Menores	_____
Pensión Alimenticia	_____
Ingresos por Arrendamientos	_____
Otro	_____
Otro	_____
TOTAL	_____
Califico para Cupones de Comida (Food Stamps). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

LIQUIDACIONES FINANCIERAS (Deberá proveer prueba de valor):

Seguro	_____
Herencia	_____
Otro	_____
TOTAL	_____

DEUDAS

cantidad en dólares:

Saldo del Préstamo de la Vivienda	_____
Saldo del Préstamo del Carro	_____
Saldos de las Tarjetas de Crédito:	
1.	_____
2.	_____
3.	_____
Otras deudas:	
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
TOTAL	_____

PAGOS MENSUALES

Hipoteca PITI (Capital, Interés, Impuestos y Seguro)	_____
Renta	_____
Servicios Públicos (Electricidad, Agua, Gas, etc.)	_____
Gasolina para Vehículo(s)	_____
Teléfono / Celular	_____
Cable/Internet	_____
Comestibles/Necesidades del Hogar	_____
Muebles	_____
Pago del Auto	_____
Ropa	_____
Estancia Infantil	_____
Pensión para Hijos Menores	_____
Pensión Alimenticia	_____
Tarjetas de Crédito	_____
Pagos de Facturas Médicas:	
1.	_____
2.	_____
Seguro:	<input type="checkbox"/>
Auto	_____
Propiedad	_____
Médico	_____
Pagos por Préstamos:	
1.	_____
2.	_____
TOTAL	<input type="checkbox"/>

Yo, (su nombre) _____,
 doy solemnemente fe que la información aquí contenida en esta solicitud es
 verdadera y fiel a mi pleno conocimiento.

 Firma del Paciente, Padre, Cónyuge o Representante Legal

 Fecha

Enviar a: Deaconess Financial Assistance/ Memorial
 Hospital and Health Care Center
 P.O. Box 3366, Evansville, IN 47732

Correo electrónico: Financial.Assistance@mhcc.org

Teléfono: 800-467-6802 **Fax:** 812-996-8544

Procesar su aplicación podría tomar de 10 a 14 días. Si se necesita información adicional, se requerirá tiempo de procesamiento adicional. Durante el proceso de Asesoría financiera, determinaremos si califica para cobertura de seguro médico a través de programas federales o estatales como Medicaid. Si usted es elegible para uno de estos programas, le solicitaremos que aplique para la cobertura.