

Instrucciones para completar la Solicitud de asistencia financiera de Beaufort Memorial Hospital

- Para su conveniencia, marque cada casilla a medida que el artículo es obtenido y/o completado
- Devuelva este formulario con su solicitud

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____**TODOS LOS SOLICITANTES:**

- Conteste todas las preguntas completamente. Si la pregunta no se aplica a usted, escriba "no se aplica" o "ninguno".
- Firme y feche la solicitud

Debe proporcionar los siguientes documentos con esta solicitud

- Identificación con fotografía (licencia de conducir, pasaporte, tarjeta de identificación de inmigración, tarjeta de identificación emitida por el estado)
- Los visitantes no residentes o indocumentados deben proporcionar prueba de entrada a los Estados Unidos.
- Prueba de los salarios brutos de los últimos 3 períodos de pago (por ejemplo, talones de pago, último talón de pago con los salarios brutos del año hasta la fecha, declaración firmada por el empleador con los salarios brutos).
- Otros ingresos mensuales (es decir, ingresos por alquiler, pensión, anualidades, manutención infantil)
- Copia de su declaración de impuestos más reciente
- Formulario 4506-T completado si no se presentaron impuestos
- Depósito directo de los ingresos – Adjunte los 3 meses más recientes de sus estados de cuenta bancarios que deben mostrar los ingresos por depósito directo, si corresponde. (Cheques del seguro social, etc.)
 - Nota – todos los depósitos en el estado de cuenta bancario se considerarán ingresos a menos que se pueda presentar documentación de apoyo que indique que los depósitos son préstamos.
- Si no tiene ingresos, se requerirá una carta de manutención de la(s) persona(s) que proporciona(n) dicha manutención. Este documento debe ser notariado.

- Si trabaja por su cuenta**, envíe 3 meses de los ingresos brutos de su negocio y los gastos de su negocio del libro mayor de su negocio, el estado de cuenta trimestral proporcionado a su contador o en papel membretado del negocio firmado y fechado.

Nombre y dirección de su negocio

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA



Nombre del solicitante: _____ **Teléfono:** _____

Dirección: _____ **Celular:** _____
Calle

_____ **Correo electrónico:** _____
Ciudad Estado Código postal

Cónyuge/pareja doméstica: _____ **Estado de residencia:** _____

¿Esta solicitud es para servicios que se prestarán en una fecha futura?	() Sí	() No
En caso afirmativo, ¿cuál es el servicio?	_____	
¿Quién es el médico que lo remite para el servicio?	_____	
¿El solicitante/paciente tiene seguro médico?	() Sí	() No
¿Está empleado el solicitante/paciente?	() Sí	() No
¿Cobra el solicitante/paciente el desempleo?	() Sí	() No
¿El paciente tiene 65 años o más?	() Sí	() No
¿Tiene el paciente 19 años de edad o menos?	() Sí	() No
¿Es el paciente legalmente ciego o discapacitado?	() Sí	() No

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Número total de miembros del hogar: _____

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante	Seguro de salud (Ej.: Medicaid, Medicare) Otro – Especifique

ANTECEDENTES LABORALES

Enumere todos los empleadores durante los últimos 3 meses, comenzando con el más actual.

Solicitante:

Empleador: _____ Desde: _____ Hasta: _____
 Empleador: _____ Desde: _____ Hasta: _____
 Empleador: _____ Desde: _____ Hasta: _____

Cónyuge/pareja doméstica:

Empleador: _____ Desde: _____ Hasta: _____
 Empleador: _____ Desde: _____ Hasta: _____
 Empleador: _____ Desde: _____ Hasta: _____

Otro miembro del hogar:

Empleador: _____ Desde: _____ Hasta: _____
 Empleador: _____ Desde: _____ Hasta: _____
 Empleador: _____ Desde: _____ Hasta: _____

Otro miembro del hogar:

Empleador: _____ Desde: _____ Hasta: _____
 Empleador: _____ Desde: _____ Hasta: _____
 Empleador: _____ Desde: _____ Hasta: _____

Otro miembro del hogar:

Empleador: _____ Desde: _____ Hasta: _____
 Empleador: _____ Desde: _____ Hasta: _____
 Empleador: _____ Desde: _____ Hasta: _____

BIENES

Este formulario debe ser completado como parte de la solicitud para todos los miembros del hogar.

Cuentas bancarias/cuentas de cooperativas de crédito: (ahorros, cheques, cuentas individuales de jubilación, certificados de depósito, club de vacaciones o de Navidad, etc.)

Titular de la cuenta	Nombre del banco y dirección	Número de cuenta	Saldo

Vehículos de motor

Propietario del automóvil	Marca y modelo	Año del modelo	Monto adeudado

BIENES (CONTINUACIÓN)

Acciones/bonos/fondos mutuos



Titular de la cuenta	Tipo de acciones/bonos	N.º de acciones	Valor

Bien inmueble

Propietario de casa/tercera	Ubicación/dirección	Valor de la propiedad

Otros Activos (cuenta de ahorros para el cuidado de la salud, cuentas de gastos flexibles, pólizas de vida entera, etc.)

Descripción	Valor

INGRESO BRUTO DEL HOGAR

Fuentes de ingresos	Miembro del hogar	Monto	Frecuencia		
			Semanal	Quincenal	Mensual
Salario/pago (bruto)					
Salario/pago (bruto)					
Salario/pago (bruto)					
Seguro social					
Seguro social					
Discapacidad					
Manutención de los hijos					
Pensión alimenticia					
Desempleo					
Pensiones					
Pensiones					
Pagos de seguro/anualidad					
Asistencia pública/estampillas de comida					
Pagos a veteranos					
Pagos de compensación al trabajador					
Otros pagos					

Trabajo por cuenta propia, negocios, ingresos por alquiler:

Fuentes de ingresos	Miembro del hogar	Monto	Frecuencia		
			Semanal	Quincenal	Mensual
Ingresos del negocio					
Gastos del negocio					
Ingresos netos del negocio					

Si usted no reportó ningún ingreso arriba, por favor explique cómo obtiene vivienda, alimentos, lo esencial de la vida diaria y quién le ayuda a pagar por sus necesidades básicas: _____

Explique brevemente por qué cree que no puede pagar el saldo de su cuenta pendiente en Beaufort Memorial Hospital: _____

Certifico que la información proporcionada por mí en esta solicitud es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa o retengo información, la asistencia puede ser negada o revertida a discreción de Beaufort Memorial Hospital. También entiendo que cada episodio de servicio debe ser preaprobado. No se tendrán en cuenta las solicitudes incompletas.

Firma del paciente/garante

Fecha

For Beaufort Memorial Staff Use: (Para uso del personal del Beaufort Memorial:)

MONTHLY SNAPSHOT

Total Income \$ _____

Total Assets \$ _____

Total Living Expenses \$ _____

Total Medical Expenses \$ _____
