



P.O. Box 40010, Mobile, AL 36640 • 251-434-3505

Solicitud de asistencia financiera

Información del paciente

Nombre del paciente:	Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Número de cuenta:	
Dirección:	Calle Apt./unidad n.º Ciudad Estado Código postal	Nombre del centro:	
		Teléfono:	()
Fecha de nacimiento:	SSN	Estado civil:	

Información del garante (si no es el paciente)

Nombre del garante:	Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	SSN:	
Dirección:	Calle Apt./unidad n.º Ciudad Estado Código postal	Fecha de nacimiento:	
		Teléfono:	()
Estado civil:	Relación con el paciente:		

Información del cónyuge del paciente/garante (si corresponde)

Nombre del cónyuge:	Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	SSN:	
Dirección:	Calle Apt./unidad n.º Ciudad Estado Código postal	Fecha de nacimiento:	
		Teléfono:	()

Información del grupo familiar

Nombre y edades de las personas que conforman el grupo familiar:

Nombre	Edad	Relación	¿Declara a esta persona con fines tributarios?

Ingresos laborales

Debe presentar talones de pago correspondientes a un mes que prueben los ingresos declarados, una carta del empleador con membrete de la empresa y firma y fecha o la declaración de impuesto a los ingresos que haya presentado más recientemente.

Paciente/garante

Empleador 1:		Puesto de trabajo:	
Dirección:		Teléfono:	
Ingreso bruto:	Mensual	Ingreso neto:	
Empleador 2:		Puesto de trabajo:	
Dirección:		Teléfono:	
Ingreso bruto:	Mensual	Ingreso neto:	

Cónyuge del paciente/garante

Empleador 1:		Puesto de trabajo:	
Dirección		Teléfono:	
Ingreso bruto:	Mensual	Ingreso neto:	
Empleador 2:		Puesto de trabajo:	
Dirección:		Teléfono:	
Ingreso bruto:	Mensual	Ingreso neto:	

Otros Ingresos

Total del ingreso bruto mensual de los últimos 30 días. Si no tiene un ingreso para informar en alguno de los campos indicados, escriba 0. Se deben presentar comprobantes que justifiquen los ingresos declarados.

	Paciente/garante Cantidad por mes	Cónyuge Cantidad por mes	Documentos solicitados
Pago del seguro social			Copia de carta/certificado de otorgamiento, correspondencia de la U.S. Social Security Administration (Administración del Seguro Social de los EE. UU.) o copia de estado de cuenta bancaria (si el seguro social se deposita directamente).
Compensación por desempleo			Copia de carta/certificado de otorgamiento, declaración mensual de beneficios del Department of Labor (Departamento de Trabajo) o copia de estado de cuenta bancaria que pruebe el depósito directo (si la compensación se deposita directamente).
Pago por discapacidad			Copia de carta/certificado de otorgamiento, correspondencia de la Social Security Administration (Administración del Seguro Social) o copia de la carta de beneficio anual.
Indemnización por accidente laboral			Copia de la carta de otorgamiento, talón de pago o copia de estado de cuenta bancaria que pruebe el depósito directo (si la compensación se deposita directamente).
Manutención del cónyuge/infantil			Copia de la sentencia de divorcio que disponga la cantidad de manutención otorgada, copia del cheque recibido o copia del estado de cuenta bancaria (si la manutención se deposita directamente).
Pensión			Copia del cheque recibido, carta de otorgamiento (si está disponible) o copia del estado de cuenta bancaria (si el pago se deposita directamente).
Beneficios de VA			Copia del cheque recibido, carta de otorgamiento de Veteran's Administration (Administración de Asuntos de Veteranos) (si está disponible) o copia del estado de cuenta bancaria (si el beneficio se deposita directamente).
Asistencia pública			Copia de la carta de aceptación del Department of Social Services (Departamento de Servicios Sociales) que indique la cantidad mensual recibida.
Salarios laborales adicionales			Copia del cheque recibido o copia del estado de cuenta bancaria que pruebe el ingreso recibido (si se deposita directamente).
Otros ingresos			Carta que indique la cantidad de ingresos no provenientes del salario o copia del cheque recibido (si hubiera).

Activos financieros

Saldo de las cuentas de activos circulantes del paciente/garante y del cónyuge del paciente/garante.

Se debe presentar un estado de cuenta bancaria de cada cuenta, para justificar la información de los activos declarados.

	Saldo del paciente/garante	Saldo del cónyuge	Saldo total
Efectivo			
Cuenta corriente (incluye las cuentas conjuntas)			
Cuenta de ahorros (incluye las cuentas conjuntas)			
Cuentas de inversión			
Acciones/bonos			
Fideicomisos			
Mercado de dinero			
Fondos comunes de inversión			
Otro			

Descargo de responsabilidad y firma

Certifico que la información indicada previamente es cierta y precisa, según mi leal saber y entender. Asimismo, presentaré solicitudes para toda asistencia (Medicaid, Medicare, seguro, etc.) que pueda estar disponible para pagar mis cargos hospitalarios. Ejerceré toda acción que sea razonablemente necesaria para obtener dicha ayuda y cederé o pagaré al hospital la cantidad cobrada por los cargos hospitalarios.

Entiendo que el objeto de esta solicitud es permitir que el hospital pueda evaluar mi elegibilidad para la asistencia financiera. USA Health se reserva el derecho de verificar toda la información presentada con agencias de crédito y con toda persona o acreedores que considere idóneos. Si se prueba que la información que presento no es cierta, entiendo que el hospital podrá reevaluar mi estado financiero y aplicar toda medida que pudiera corresponder.

Firma del solicitante

Fecha:

Determinación de elegibilidad • SOLO PARA USO DE LA OFICINA

El paciente reúne los requisitos

Sí ☐ No ☐

Se denegó la solicitud de asistencia financiera del paciente por los siguientes motivos:

Fecha de la determinación:

Fecha de notificación al solicitante:

Firma del representante del hospital:

Fecha: