Memorial Hospital
Patient Accounts Department
300 North Columbia Avenue
Seward, NE 68434
402-646-4704

Solicitud de Ayuda Financiera

Solicitante (persona responsable)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Número Seguro Social #_____ Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono Celular _____

Dirección _____

Estado civil ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo

Empleador _____ Dirección del empleador_____

Posición/Título _____ Duración del empleo_____

Arreglo de vivienda: ☐ Casa propia ☐ Viven con los padres ☐ Viven con otros ☐ Otros arreglos: _____

Personas en el hogar:

Nombre	Edad	Relación con la persona responsable	Empleador (si es aplicable)

Co-Applicant (cónyuge/pareja)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Número Seguro Social #_____ Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono Celular _____

Dirección _____

Empleador _____ Dirección del empleador_____

Posición/Título _____ Duración del empleo_____

Información de Seguro

¿Usted tiene seguro? ☐Si ☐ No Si la respuesta es afirmativa: Nombre deseguro: _____

Usted ha solicitado Medicaid y le ha sido negado? ☐ Sí ☐ No ***En caso afirmativo, incluya prueba de rechazo.***

****SI NO HA SOLICITADO MEDICAID, ES POSIBLE QUE DEBA HACERLO EN FUNCIÓN DE SUS INGRESOS****

¿Usted tiene otra fuente financiera para estas cuentas? (i.e., Aflac, Hartford, State Farm, etc.) ☐Si ☐ No

Si responde si, nombre las fuentes:_____

Ingresos Mensuales

Por favor complete los campos siguientes al calcular el ingreso bruto mensual promedio para cada base de categoría en los últimos seis (6) meses antes de la fecha de la aplicación:

	Persona Responsable	Esposa (o) u otro miembro de familia	TOTAL
Ingreso Bruto o Neto			
Granjero /Empleado por cuenta propia			
Pensiones / Intereses / Dividendos			
Compensación para el Trabajador			
Discapacidad / Servicio de Seguro Social (SSI) /Servicios Administrativos Social (SSA)			
Militar / Ejército			
Manutención de los hijos/pensión alimen			
Desempleo			
ADCV / Estampillas de comida			
Otros			
		Total de Ingresos Mensuales	**$**

Cualquier cambio actual en los promedios mencionados deben explicarse en el siguiente espacio:

_____

_____

Memorial Hospital
Patient Accounts Department
300 North Columbia Avenue
Seward, NE 68434
402-646-4704

Solicitud de Ayuda Financiera

Valores	
Descripción	**Suma del dinero en efectivo.Valor de mercado**
Dinero en efectivo	**$**
Cuentas bancarias **Nombre del Banco: _____**	
Cuenta de ahorros **Nombre del Banco: _____**	
Valor neto en efectivo del Seguro de Vida	
Propieda de Bienes y raices que posee	
Patrimonio neto de la Finca o Negocio que posee	
Fondos de Retiro (Pensiones, IRAs, Inversiones, 401k, u otros).	
Automóviles que posee **Año y modelo: _____**	
Automóviles que posee **Año y modelo: _____**	
Motocicletas, Autocaravanas , Barcos, Antigüedades	
Otros bienes	
Total de bienes	**$**

Responsabilidades	
Descripción	**Total de Deudas**
Préstamo hipotecario o Renta	**$**
Servicios Publicos	
Préstamo automovilístico	
Préstamo automovilístico	
Tarjetas de crédito	
Tarjetas de crédito	
Tarjetas de crédito	
Mencione otros préstamos y sus ubicaciones	
Mencione otros préstamos y sus ubicaciones	
Enumere los gastos médicos y sus ubicaciones (adjuntar copias de facturas)	
Otras Responsabilidades	
Total de deudas	**$**

Antes de firmar, por favor, revise los siguientes e onga sus iniciales en la casilla situada junto a cada element para confirmar:

☐ He completado la parte de enfrente y el reverso de esta aplicación con una información verdadera y correcta, rellenando todos los espacios que se aplican a mi situación y/o de ingresos de cada miembro en la familia.

☐ He incluido una prueba de ingresos actuales por dos (2) meses a partir de todas las fuentes de generación de ingresos para cada persona en el hogar. (talones de la nomina de pago, el desempleo/SSI/discapacidad/SSA Declaraciones). **Su solicitud no será tramitada sin estos documentos.**

☐ He incluido firmado declaración de impuestos federales sobre ingresos para el año fiscal más reciente para todos los miembros de la familia o por escrito una explicación de la ausencia de este requisito. **Su solicitud no será tramitada sin estos documentos.**

☐ He incluido copias de estados bancarios de todas las cuentas que figuran en esta solicitud de "bienes" en la sección anterior para los dos meses más recientes. **Su solicitud no será tramitada sin estos documentos.**

☐ Entiendo el fallo a revelar información pertinente, o proporcionar información falsa, descalificará a mi solicitud de ser considerar Asistencia financiera.

Yo certifico que toda la información que aparece en este documento es verdadera y exacta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que la información sea utilizada para comprobar mi capacidad para pagar los servicios prestados a mí por El Hospital Memorial . También entiendo que si la información que presento se determina como falsa, dicha determinación resultará en una negación de la asistencia financiera, y sere responsable por los servicios prestados.

Autorizo al personal del hospital que está autorizado a recibir, comunicar o actuar sobre informacion financiera contenida en este documento. Desligo el personal designado hospital y todas las partes que suministran información a petición del personal de hospital, de la responsabilidad por los actos, comunicaciones o divulgación que se realizan en virtud de tal investigación

Estoy de acuerdo que dire al Hospital Memorial en el plazo de 10 días, si hay algún cambio en mí (o las personas en cuyo nombre estoy actuando) de ingresos, bienes, gastos, cambio de dirección, o cambios en los miembros de la familia.

Entiendo que puedo ser invitado a probar mis afirmaciones y que mis declaraciones de elegibilidad estará sujeta a verificación por el contacto con mi empleador, Banco, verificación de crédito y búsqueda de propiedades (inmuebles).

Yo Entiendo que el hospital es requerido por ley a mantener la confidencialidad de cualquier información que he suministrado.

Estoy de acuerdo además, que en la consideración para recibir servicios de salud como consecuencia de un accidente o lesión, para reembolsar el hospital producto de cualquier litigación o liquidación resultante de tal acto.

_____ _____ _____

Firma del Solicitante **Firma del Co-Aplicante** **Fecha**