Solicitud de Ayuda Financiera

Fecha_____ Número de Cuenta_____

Parte Responsable

Nombre_____ FN_____

#SS_____ Teléfono de la casa_____ Teléfono del Trabajo_____

Dirección_____

Estado Civil: ❑ Casado ❑ Separado ❑ Divorciado ❑ Viudo ❑ Sortero

Empleador_____ Dirección del empleador_____

Posición/Título_____ Duración del empleo_____

Dispoición de alojamiento: ❑ Propia casa ❑ Vivir con los padres ❑ Vivir con otro ❑ Otros arreglos

Personas en el hogar:

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

Esposo (a) / Compañero (a)

Nombre_____ FN_____

#SS_____ Teléfono de la casa_____ Teléfono del Trabajo_____

Empleador_____ Dirección del empleador_____

Posición/Título_____ Duración del empleo_____

¿Usted tiene seguro? ❑ Sí ❑ No Si la respuesta es afirmativa: Nombre el seguro:_____

¿Ha usted solicitado Medicaid y ha sido denegado? ❑ Sí ❑ No Si la respuesta es afirmativa: ¿Cuándo?_____

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

Si responde Sí, nombre las fuentes:_____

Ingresos Mensuales

Mary Lanning Healthcare reserva el derecho a solicitar declaraciones de Impuestos Federales firmados en los últimos dos años y la documentación de cada una de las siguientes fuentes de ingreso.

	Parte Responsable	Esposa (o) u otros miembros de la familia	Total
Ingreso bruto	$	$	$
Granjero / Empleado por cuenta propia			
Pensiones / Intereses / Dividendos			
Compensación para el Trabajador			
Alquiler / Arriendo			
Incapacidad / SSI / SSA			
Militar			
Manutención de menores			
Manutención del Cónyuge			
Desempleo			
Estampillas de comida / ADC			
Otros			
		Suma de los Ingresos	**$**

Solicitud de Ayuda Financiera

Valores	
Descripción	**Suma del dinero en efectivo. Valor de mercado**
Dinero en efectivo	**$**
Cuentas bancarias Nombre del Banco_____	
Cuenta de ahorros Nombre del Banco_____	
Valor neto en efectivo del Seguro de Vida	
Bienes Raíces que posee	
Valor Neto de la Hacienda o de los negocios que posea (Adjuntar estado financiero)	
Fondos de Retiro (Pensiones, IRAs, Inversiones, 401k, Otros)	
Automóviles que posee Año y marca_____	
Automóviles que posee Año y marca_____	
Botes, motorcicletas, camperas y anti	
Otros valores	
A → Suma de los valores	**$**

Responsabilidades	
Descripción	**Los totales poseídos**
Préstamo hipotecario	**$**
Préstamo automovilístico	
Préstamo automovilístico	
Préstamo automovilístico	
Tarjetas de crédito	
Tarjetas de crédito	
Tarjetas de crédito	
Mencione otros préstamos y ubicaciones	
Mencione otros préstamos y ubicaciones	
Enumere los gastos médicos y ubicaciones	
Otros	
B → Suma de las Responsabilidades	**$**

Total del Valor Neto (A menos B) **$**

Antes de firmar, por favor revise lo siguiente y marque la casilla al lado de cada cuestión:

☐ Yo he completado ambas la parte anterior y el reverso de esta solicitud con la información verdadera y correcta, llenando todos los espacios que se aplican a mí y mi situación.

☐ He incluido prueba de ingresos actualizada documentando los últimos tres meses de todas las fuentes de ingreso de todas las personas en mi hogar (talones de pago, SSI/ por discapacidad/ estados de cuenta SSA) *Su aplicación no será procesada sin esta documentación.*

☐ Yo entiendo que un fallo en revelar la información pertinente, o proveer una falsa información va a descalificar mi solicitud para que sea considerada para la ayuda financiera.

Mary Lanning Healthcare reserva el derecho a solicitar o acceder información adicional tales como declaraciones de impuestos del IRS, esta de cuenta bancaria, información del asesor del Condado, nota de los empleadores, registros de negocios por cuenta propia. En ausencia de ingresos, una carta de apoyo de los individuos proveyendo por las necesidades de vivienda básicas, puede ser solicitada.

Certifico que hasta donde tengo conocimiento, que toda la información mencionada aquí es verdadera y correcta. Entiendo que la información se usará para determinar mi capacidad para pagar por los servicios prestados por Mary Lanning Healthcare. También entiendo que si se determina que la información que he proveído es falsa, ello resultaría en una denegación de los servicios ofrecidos como servicios no compensados y que yo seré responsable por los servicios proveídos.

Por este medio autorizo al personal del centro médico autorizado a recibir, liberar, o actuar sobre la información financiera contenida aquí. Por este medio yo libero al personal del centro médico designado y a todas las partes que suministran la información solicitada por el personal del centro médico, de la responsabilidad por cualquier acción, comunicación, o divulgación que se haga conforme a tal investigación.

_____ _____
Firma (Personal que esta haciendo la solicitud) Fecha

_____ _____
Esposo (a) / Compañero (a) Fecha