

Solicitud de asistencia económica para estudiantes

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al (307) 755-4389

Nombre del paciente: _____ Núm. de cuenta: _____ Fecha de la solicitud: _____

Iverson Memorial Hospital proporciona asistencia limitada para las facturas del hospital a aquellas personas que cumplen con los criterios establecidos en nuestra Política de Asistencia Económica. Esta solicitud se aplica solo a las facturas de Iverson Memorial Hospital.

Usted es responsable de pagar su saldo hasta que se haya aprobado la determinación de su elegibilidad. Continúe haciendo los pagos mensuales; la falta de pago de sus cuentas puede resultar en la denegación de su solicitud y en la acción de cobro.

Los servicios opcionales o los procedimientos de calidad de vida no califican para recibir la asistencia económica. Comuníquese con nuestra oficina si está interesado en un plan de pago.

Se debe devolver esta solicitud y todos los documentos requeridos antes del _____. Si necesita una extensión, comuníquese con nuestra oficina antes de la fecha mencionada arriba.

Documentos requeridos: solo las fotocopias. No envíe documentos originales.

- Verificación de inscripción** por parte de **la oficina de admisiones** de la universidad/facultad/instituto profesional, incluida la fecha estimada de su graduación Y las copias de toda la documentación de préstamos y subsidios. **Debe tener al menos 12 horas de crédito.**
- Es posible que se requiera la aprobación/denegación de elegibilidad de Medicaid.**

Parte responsable:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____

Núm. del Seguro Social (SSN): _____

Teléfono del hogar: _____

Correo electrónico: _____

Estado civil:

- Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a

¿Trabaja? Sí No

Empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono laboral: _____

Duración del empleo actual: _____

Puesto/título: _____

Cónyuge/pareja:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____

Núm. del Seguro Social (SSN): _____

Teléfono del hogar: _____

Correo electrónico: _____

Estado civil:

- Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a

¿Trabaja? Sí No

Empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono laboral: _____

Duración del empleo actual: _____

Puesto /título: _____

Información adicional y comentarios: _____

Afirmación y verificación: Al completar este estado financiero, por la presente afirmo que los estados de cuenta anteriores son correctos y están completos. Doy mi consentimiento para que se realice una verificación adicional por parte de Iverson Memorial Hospital o sus agentes.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación (si no es uno de los padres): _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge/de la pareja: _____ Fecha: _____

Devuelva la solicitud completa a: Iverson Memorial Hospital, Attn: Financial Counselor, 255 N 30th St, Laramie, WY 82072