

Solicitud de asistencia económica

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.

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Documentos del Seguro Social, del SSI o del SSD de los últimos 3 meses. <ol style="list-style-type: none"> a. Documentos de nómina. b. Recibos/carta de pago por desempleo. c. Recibos/carta de pago de compensación a los trabajadores. d. Recibos de pensión o anualidad. e. Pagos de manutención infantil o pensión alimenticia. f. Recibos de D-Pass/cupones para alimentos. g. Es posible que se requiera la aprobación/denegación de elegibilidad de Medicaid. | <ol style="list-style-type: none"> 2. Copia de los 2 estados de cuenta bancarios más recientes, tanto de cuentas corrientes como de cuentas de ahorro. Si trabaja por cuenta propia, necesitamos información personal y de cuenta comercial. 3. Documentación financiera del cónyuge/pareja, si viven juntos. Los ingresos conjuntos, ya sea por matrimonio o no, son parte de la información financiera completa. 4. Impuestos sobre la renta del año actual. 5. Gastos médicos adicionales. Indique el médico, la clínica y/o el centro médico, así como el monto total que adeuda. |
|---|---|

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: _____

Cargo/título: _____

Ingresos mensuales/netos: _____

Ingresos mensuales/brutos: _____

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: _____

Cargo/título: _____

Ingresos mensuales/netos: _____

Ingresos mensuales/brutos: _____

Total de personas en el hogar: _____ ¿Alguna otra persona contribuye al hogar de manera financiera? Indique el nombre y la edad de todas las personas del grupo familiar: Sí No

Nombre	Edad	Nombre	Edad	Nombre	Edad

Solicitud de asistencia económica

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

Ingresos diversos por mes

Asistencia pública /cupones para alimentos	\$	Pensión	\$
Seguro Social	\$	Ingresos de alquiler	\$
Compensación por desempleo	\$	Subvenciones	\$
Compensación para trabajadores	\$	Cuenta individual de jubilación (IRA)	\$
Cuentas de ahorro/cuentas corrientes	\$	Otro	\$
Manutención infantil/pensión alimenticia	\$	Ingreso total mensual	\$

Activos y pasivos

Activos	Valor	Pasivos	Gasto mensual
Cuenta corriente		Hipoteca/alquiler	
Cuenta de ahorros		Segunda o múltiple hipoteca	
Vivienda		Préstamo bancario	
Propiedades (acres, lotes)		Préstamo para automóviles	
Automóvil		Pagos médicos	
Marca/Modelo/Año		Viveres	
Automóvil		Servicios públicos	
Marca/Modelo/Año		Otro	
Remolque/casa rodante		Otro	
Marca/modelo/año		Otro	
CD/Acciones/Bonos/Mutual Fondos, seguros de vida			
Valor total de los activos		Saldo total de gastos	

¿Alquila o es propietario de su casa?

Inquilino Propietario

¿Tiene seguro médico? Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿por qué no está disponible para esta fecha del servicio? _____

Fecha de solicitud: _____

Si la respuesta es "No", ¿ha solicitado Medicaid? Sí No

Si se denegó, fecha de la denegación: _____

Si se denegó, indique el motivo de la denegación: _____

¿Ha solicitado un seguro a través de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio? Sí No

Si la respuesta es "No", indique el motivo de la falta de cobertura del seguro: _____

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): _____

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