

Formulario de Evaluación de Asistencia Financiera | 2016

Información General:

Nombre del paciente:	Número garante:
Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Número de teléfono:
Persona responsable:	Relación:
Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Número de teléfono:
Soltero(a) Casado(a)/Compañero(a) Divorciado(a)/Separado(a) Viudo(a)	
Nombre del esposo(a):	
Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Número de teléfono:
Nombre y edad de las personas dependientes que viven con usted y de quienes usted es responsable: _____ _____ _____ _____	
Liste otros miembros adicionales en su hogar: _____ _____ _____ _____ _____	



Ingresos:

El ingreso total ajustado del año pasado (tal como informó al IRS):

Si usted no hizo la declaración de sus impuestos, por favor explique:

Empleador actual (o última fecha de empleo si está desempleado):

Dirección del empleador:

Ocupación:

Teléfono del empleador:

Tiempo que lleva empleado(a):

Horas trabajadas por mes:

¿Está recibiendo desempleo?

¿Tiene más de un empleo?

Si lo tiene, por favor indique detalles:

Empleador actual de su esposo(a) (o última fecha de empleo si está desempleado):

Dirección del empleador:

Ocupación:

Teléfono del empleador:

Tiempo que lleva empleado(a):

Horas trabajadas por mes:

¿Su esposo(a) está recibiendo desempleo?

¿Su esposo(a) tiene más de un empleo?

Si lo tiene, por favor indique detalles:

Por favor indique cualquier información adicional sobre su situación laboral:

Asistencia Estatal

¿Recibe cupones de alimentos (Food Stamps)?

¿Tiene beneficios médicos?

Si no los tiene, ¿usted solicitó Medicaid?

Fecha en que lo solicitó:

Si le negaron los beneficios, ¿qué razón se le dieron?

Mensualmente	Suyo	Esposo(a)	Bienes	Valor estimado
Ingreso Bruto			Casa	
Pensión alimenticia / manutención de menores			Otras Propiedades	
Seguro Social			Vehículo(s)	
Desempleo / Compensación del Trabajador			Acciones, Bonos, Fondos Mutuos, 401 K y Anualidades	
Interés / Rentas			Cuenta de ahorros 1	
Otro _____			Cuenta de ahorros 2	
Otro _____			Cuenta de cheques	
Otro _____			Otro _____	

Gastos:	Pago mensual:	Total adeudado:
Hipoteca / Renta		
Seguro de inquilino/propietario		
Teléfono		
Electricidad		
Gas		
Agua		
Cable		
Préstamos de auto		
Transporte		
Seguro de vida		
Seguro de salud		
Deudas médicas pendientes		
Medicinas		
Comida		
Cuidado de sus hijos		
Gastos/Préstamos escolares		
Pensión alimenticia/manutención de menores		
Tarjetas de crédito		
Otro:		
Otro:		
Total mensual		

REQUISITOS IMPORTANTES: Para poder calificar para la asistencia financiera de nuestro programa, ustedes debe entregarnos una copia de los talones de pago de sueldo suyos y de su esposo(a) de los últimos 6 meses, los estados de cuenta bancarios de los últimos 3 meses que tengan su nombre y número de cuenta (incluya cuentas personales, ahorro, negocios). Además, debe presentar la declaración de impuestos del año pasado (incluya todas las páginas). Rechazaremos las solicitudes que estén incompletas. Requerimos que la solicitud sea firmada para considerarla completa.

Verificación de entendimiento:

Al firmar esta solicitud, yo doy fe de que la información que he proporcionado en este formulario es correcta y verdadera hasta donde yo conozco. Entiendo que Moab Regional Hospital requiere la verificación de ingresos antes de tomar alguna una decisión.

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____