



Hospital Regional de Moab
450 Williams Way · P.O. Box 998
Moab, Utah 84532
(435) 719-3500 · FAX (435) 719-3529
www.mrhmoab.org

LISTA DE VERIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Si tiene problemas para proveer estos documentos, por favor hable con nuestra Navegador Financiero sobre las alternativas que tenemos disponibles para usted.

PRUEBA DE INGRESOS:

Última declaración de Impuestos Federales (completa)

- Si está trabajando: los dos últimos talones de cheques o el balance de su cuenta bancaria de los dos últimos meses
- Si trabaja por cuenta propia: Por favor provea al menos uno de los siguientes documentos:
 1. Salario del IRS y declaración de impuestos para empleados por cuenta propia (Formulario 1099).
 2. Balance de su cuenta bancaria de los dos últimos meses
- Desempleo, ingreso por discapacidad, etc. (mensual). Copia del cheque si está discapacitado/desempleado por más de seis meses
- Pensión alimenticia/manutención de hijos (Mensual): copia de su decreto de divorcio, nota de separación legal o acuerdo de custodia
- Otro (lo que le pida su Navegador Financiero): _____

FACTURAS MEDICAS

- Copias de todas sus facturas médicas pendientes
- Documentación que demuestre los planes de pago que tenga en todas sus facturas médicas pendientes

APLICACIÓN PARA EL MEDICAID

- Aplicación completa para Medicaid
- Carta de negación del Medicaid

OTROS: _____

Su Navegador Financiero es *Francisco Javier Camuñez*. Su teléfono es 435-719-3567.