

Rellene el formulario con toda la información requerida. Si no corresponde, escriba "NA" Agregue más páginas si lo necesita.*

INFORMACIÓN DE CRIBADO

¿Necesita un intérprete? **Sí** **No** En caso afirmativo, indique el idioma preferido:

¿El paciente ha solicitado Medicaid? **Sí** **No**

¿El paciente recibe servicios públicos del estado, tales como TANF, Basic Food, o WIC? **Sí** **No**

¿El paciente está sin vivienda en este momento? **Sí** **No**

¿La necesidad médica del paciente está relacionada con un accidente de tránsito o una lesión laboral? **Sí** **No**

TENGA EN CUENTA

1. No podemos garantizarle que usted calificará para recibir ayuda financiera, incluso si presenta la solicitud.
2. Una vez enviada la solicitud, podríamos verificar toda la información y solicitar otros datos o comprobantes de ingresos.
3. En un plazo de 14 días corridos después de que haya presentado su solicitud y documentación, le avisaremos si cumple con los criterios para recibir ayuda.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y DEL PACIENTE

Primer nombre	Segundo nombre del paciente		Apellido
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar) _____	Fecha de nacimiento		Número de cuenta
Persona responsable del pago de la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número del seguro social (opcional)
Domicilio postal			Números principales de contacto () _____ () _____
Ciudad	Estado	Código postal	Correo electrónico:
Situación laboral de la persona responsable del pago de la factura <input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (durante cuánto tiempo ha estado desempleado _____) <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)			

INFORMACIÓN FAMILIAR

Indique los miembros de la familia que viven en su hogar, incluido usted. El término "Familia" incluye las personas emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción que conviven con usted. Agregue otra página si fuese necesario.

TAMAÑO DE LA FAMILIA

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente	Si es mayor de 18 años: nombre de los empleadores o fuente de ingresos	Si es mayor de 18 años: ingresos brutos mensuales (antes de deducir impuestos)	¿También solicita ayuda financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA - CONFIDENCIAL (continuación)

INFORMACIÓN DE INGRESOS

Recuerde: debe incluir el comprobante de ingresos con su solicitud.

Debe proveer información sobre los ingresos de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

- Salarios
- Desempleo
- Empleo independiente
- Compensación al trabajador
- Discapacidad
- SSI
- Manutención de hijos/cónyuge
- Programas de estudio y trabajo (estudiantes)
- Pensión
- Distribuciones de la cuenta de jubilación
- Otro (explique)

Debe presentar la verificación de ingresos para determinar la ayuda financiera.

Todos los familiares de 18 años o más deben presentar sus ingresos actuales. Si no puede presentar la documentación, debe presentar una declaración escrita y firmada que describa sus ingresos. Incluya el comprobante de ingresos para cada fuente de ingresos identificada. Los ejemplos de comprobantes de ingresos incluyen:

- Una declaración actual de retención "W-2"; o
- Recibos de pagos actuales (3 meses); o
- Última declaración de impuestos sobre la renta, incluido el cronograma, si corresponde; o
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores o de otros; o
- Aprobación/negación de elegibilidad de compensación por desempleo.

Incluya uno de los ejemplos anteriores que sea una representación real de sus ingresos más recientes. Si usted no tiene comprobante de ingresos o no tiene ingresos, agregue otra página con una explicación.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Agregue otra página si hay otros datos sobre su situación financiera actual que usted quisiera informar, como dificultades financieras, ingresos temporarios o de temporada, o pérdida personal.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Overlake Medical Center & Clinics podría verificar información mediante datos crediticios y obtenerla de otras fuentes para determinar la elegibilidad para la ayuda financiera o los planes de pago.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que, si se prueba que la información que doy es falsa, el resultado de esto será la denegación de la ayuda financiera, y seré el responsable de pagar los servicios prestados.

Firma de la persona que presenta la solicitud

Fecha