



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Por la presente solicito que el Electra Hospital District tome una determinación de mi elegibilidad para recibir asistencia financiera. Entiendo que todos los pasivos de terceros deben ser entregados y asignados al hospital para toda la posible recuperación de este proyecto de ley. También entiendo que debo hacer todo lo posible para obtener cualquier cobertura de terceros como SSI o PIP y estoy obligado a reportar cualquier información recibida.

Entiendo que la prueba de ingresos debe proporcionarse antes de que mi solicitud pueda ser procesada en forma de una copia de cheque, talón de cheques, o verificación por escrito de mi empleador de los ingresos mensuales brutos y el período de tiempo empleado.

NOTA: Su solicitud no será procesada a menos que se adjunte toda la información solicitada y el formulario se complete en su totalidad. Si no recibimos su comprobante de ingresos, su solicitud de asistencia financiera será denegada.

PARTE I – INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____
 Primero Segundo Apellido

Dirección: _____
 Dirección Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa: _____ Teléfono de celular: _____

Correo electrónico: _____

Seguridad Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Garante: _____ Relación del Paciente: _____

Empleador: _____ Seguridad Social: _____

Farmacia Preferida (marque una):

Goldsmith's

Iowa Park Pharmacy

PARTE II – INGRESOS

POR FAVOR, ADJUNTE PRUEBA DE CUALQUIER COSA QUE SE ENUMERA A

	Mensual	Anual
Salarios	_____	_____
Frecuencia: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual		
Granja o autoempleo	_____	_____
Asistencia Pública	_____	_____
Seguro Social	_____	_____
Compensación por Desempleo	_____	_____
Compensación al Trabajador	_____	_____
Beneficios de Huelga	_____	_____
Pensión Alimenticia	_____	_____
Manutención de los Hijos	_____	_____
Asistencia para Veteranos	_____	_____
Pension	_____	_____
Dividendos, Intereses o Ingresos de Alquiler	_____	_____
INGRESOS TOTALES	_____	_____

PARTE III – MIEMBROS DE FAMILIA DE HOGAR (todos los que viven en el hogar que están relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción)

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN	INGRESOS	FUENTE DE INGRESOS

PARTE IV – INFORMACION SUPLEMENTARIA

SI HA SOLICITADO CUALQUIERA DE LOS SERVICIOS A CONTINUACIÓN, COMPRUEBE Y ANOTE LOS DETALLES.

DISCAPACIDAD DE INGRESOS DE SEGURIDAD SUPLEMENTARIA

Fecha Devencimiento: _____ Fecha Elegible: _____ Fecha No Elegible: _____

Motivo(s) para el estado no elegible en este momento:

MEDICAID

Fecha Devencimiento: _____ Fecha Elegible: _____ Fecha No Elegible: _____

Motivo(s) para el estado no elegible en este momento:

COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

Fecha Devencimiento: _____ Fecha Elegible: _____ Fecha No Elegible: _____

Motivo(s) para el estado no elegible en este momento:

Afirmo que la información sobre esta aplicación es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Acepto cumplir con los términos y condiciones de la categoría de asistencia financiera para la que califico.

Firma del of Solicitante: _____ Fecha: _____