



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Sección uno: preguntas obligatorias

Responda a todas las preguntas de esta sección. Si no completa esta sección podrían producirse retrasos en la evaluación de la elegibilidad para los servicios de caridad.

Información del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección postal: _____ Teléfono de la casa: _____
Ciudad/estado/código postal: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre de la compañía de seguro médico actual: _____

Número de póliza: _____ Nombre del grupo/número: _____

Miembros del grupo familiar

Adjunte hojas adicionales si su grupo familiar tiene más de ocho miembros.

Nombre	Vínculo Usted	Edad
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____

Ingreso mensual del grupo familiar

Sueldo/salario (antes de impuestos): _____ Indemnización laboral: _____
Pensiones: _____ Manutención infantil: _____
Seguridad social: _____ Manutención del cónyuge: _____
Otras incapacidades: _____ Beneficios para veteranos: _____
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés): _____ Rentas anuales: _____
Asistencia en efectivo: _____ Otro ingreso no derivado del trabajo (incluye fideicomisos, Intereses/dividendos, etc.): _____
Indemnización por desempleo: _____

Recursos contables del grupo familiar

Indique las cuentas disponibles y los activos líquidos disponibles para su grupo familiar. Un «activo líquido» se define como «efectivo o cualquier tipo de activo negociable que se puede convertir rápida y fácilmente en efectivo». No incluya su casa, artículos del hogar, vehículos, cuenta individual de retiro (IRA, por sus siglas en inglés), cuentas 401(k) ni otros activos no líquidos.

Certificados de depósito: _____ Club de vacaciones o navidad: _____
Acciones o bonos: _____ Certificados de ahorros: _____
Fondo Fiduciario: _____ Fondos de la Cuenta de ahorros para salud (HAS): _____
Caja de ahorros: _____ Bonos de ahorros de EE. UU.: _____
Cuenta corriente: _____ Otro (explique): _____



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Sección dos: Preguntas opcionales

Si lo desea, responda a las siguientes preguntas para que podamos entender mejor su capacidad de pago por la atención médica. Los gastos más altos que el promedio o inusuales de alguna forma pueden hacer que sus ingresos bajen. Los gastos por debajo del promedio no harán que sus ingresos suban.

Gastos del grupo familiar

Hipoteca/alquiler: _____	Combustible: _____
Impuestos a la propiedad: _____	Electricidad: _____
Seguro: _____	Teléfono: _____
Préstamos para la compra de un automóvil: _____	Manutención infantil: _____
Tarjetas de crédito {Total}: _____	Manutención del cónyuge: _____
Agua: _____	Contribuciones a la Cuenta de ahorros para salud (HAS): _____
Gas: _____	Otro (Explique): _____

Gastos médicos mensuales:

Primas de seguro: _____	Consultas médicas: _____
Equipo: _____	Recetas: _____
Hospital: _____	

Sección tres: Verificación de ingresos y recursos contables

Verifique todos los ingresos y recursos detallados en la Sección Uno. Si no puede verificar alguno o ninguno de los ingresos o recursos, explique por qué en una hoja de papel adjunta. Las solicitudes no se rechazarán debido a la incapacidad de verificar los ingresos o recursos, siempre que se proporcione una explicación razonable. Las fuentes aceptables de verificación incluyen, entre otras:

- Cartas de adjudicación o estados de cuenta bancarios que muestren los depósitos de la Seguridad Social, otros pagos por incapacidad, pensión, indemnización laboral o indemnización por desempleo.
- Cartas de adjudicación, documentos judiciales o estados de cuenta bancarios que muestren los depósitos de los pagos de manutención de menores o cónyuges.
- Documentación de otras fuentes de ingresos.
- Si el grupo familiar no tiene ingresos, cartas de personas que ayudan con las necesidades diarias de la vida que expliquen qué clase de ayuda proporcionan (por ejemplo: compras de comestibles o pagos de alquiler y servicios públicos).
- Cuentas de ahorros para la salud (HSA) y otros estados de cuenta dedicados.
- Resumen de cuenta corriente y caja de ahorro.
- Copia de las Tarjetas del seguro de salud, si corresponde.

Sección cuatro: certificación

Firme y devuelva la solicitud completa con los puntos detallados en la Sección tres a:

Holy Redeemer Health System
Hospital Business Office
At.: Financial Counseling
1648 Huntingdon Pike
Meadowbrook, PA 19046

Certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y está completa. Comprendo que la falsificación intencional de la información contenida en esta solicitud dará como resultado la denegación de la asistencia financiera.

Firma: _____

Fecha: _____