

Por favor, complete la información en su totalidad. Si no corresponde, escriba "N/A". Agregue páginas adicionales si fuese necesario.*

INFORMACIÓN DE SELECCIÓN

¿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

- No podemos garantizarle que usted calificará para recibir ayuda financiera, incluso si presenta la solicitud.
- Una vez enviada la solicitud, podemos verificar toda la información y podemos solicitar información adicional o comprobantes de ingresos.
- En un plazo de 14 días calendario después de que presente su solicitud y documentación, le notificaremos si califica para recibir ayuda.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y DEL PACIENTE

Nombre del paciente		Segundo nombre del paciente		Apellido del paciente	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)		Fecha de nacimiento		N.º de cuenta	
Persona responsable del pago de la factura		Parentesco con el paciente	Fecha de nacimiento	N.º de seguridad social (<i>opcional</i>)	
Domicilio postal				Número(s) principales de contacto	
Ciudad Estado Código postal				() () Correo electrónico:	
Condición de empleado 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

Enumere los miembros de la familia que viven en su hogar, incluido usted. "Familia" incluye las personas cuyo parentesco sea por nacimiento, matrimonio o adopción que conviven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____

Agregue una página adicional si fuese necesario

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente	Si es mayor de 18 años de edad: Nombre del empleador(es) o fuente de ingresos	Si tiene 18 años de edad o más: Ingresos brutos totales mensuales (antes de impuestos):	¿También solicita ayuda financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA - CONFIDENCIAL

(cont.)

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 - Desempleado - Independiente - Compensación del trabajador - Discapacidad - SSI
- Manutención de hijos/cónyuge - Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión
- Distribución de la cuenta de jubilación - Otro (*explique por favor _____*)

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

Todos los familiares de 18 años de edad o más deben presentar sus ingresos. Si no puede presentar 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 de retención "W-2"; o
- Recibos de pagos actuales (3 meses); o
- Declaración de impuestos sobre la renta del año pasado, incluyendo el cronograma si correspondiese; o
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores o de otros; o
- Aprobación/negación de elegibilidad de compensación por desempleo.

Si usted no tiene comprobante de ingresos o no tiene ingresos, coloque una página adicional con una explicación.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Agregue una página adicional si hay otra información sobre su situación financiera actual que usted quisiera informar, por ejemplo dificultad financiera, ingresos temporarios o de temporada o pérdida personal.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Wellfound Behavioral Health Hospital puede verificar información a través de información crediticia y puede obtener información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para la ayuda financiera o para 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 negación de la ayuda financiera y seré responsable y deberé hacer el pago de los servicios prestados.

Firma de la persona que presenta la solicitud

Fecha