

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA DE ALEGENT HEALTH

Immanuel _____ Bergan _____ Midlands _____ Mercy _____ Lakeside _____ Mo Valley _____

Para uso del Hospital
Número de Cuenta _____ **Número de MR** _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Persona Responsable _____ #SS _____ Tel. de la Casa _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____
 Empleador: _____ Número telefónico del Familiar/Paciente: _____ Ingreso bruto mensual \$ _____
 Nombre la Esposa _____ #SS _____ Ingreso Mensual Bruto \$ _____
 Empleador: _____ Tiempo Completo/Medio Tiempo _____ Tel. del Trabajo: _____
 Otro Ingreso de Persona Responsable \$ _____ Ingreso de la Esposa \$ _____
 Número de Miembros de Familia _____ Ingreso Anual Bruto de la Familia \$ _____ Edades de los Hijos dependientes _____
 Nombre de los Niños _____

PRUEBA DE INGRESOS: UNA COPIA DE LA SIGUIENTE INFORMACION DEBE DE ACOMPAÑAR SU SOLICITUD PARA PODER PROCESARLA

Declaración de Impuestos Federales (más recientes) Forma **REQUERIDA** **Solicitud de Empleado Independiente:**
 Actual talón de pago (Persona Responsable y esposa/o) Forma **REQUERIDA** Por favor proporcione las últimas 2 formas completas de la Declaración de Impuestos Federales con los de ganancias y pérdidas **REQUERIDA**
 reportes

****Su solicitud no podrá ser considerada sin la información de aquí arriba****

Otra Documentación de Fuente de Ingresos
 ____ Seguro Social (ganancias registradas) ____ Asistencia de VA ____ Jubilación del Ferrocarril ____ Manutención de los Hijos ____ Discapacidad ____ Seguro de Vida
 ____ Pensión ____ Pensión Alimenticia ____ Desempleado ____ Compensación del Trabajar ____ Asistencia Publica ____ Otros: Enumere Por favor:

<u>ACTIVOS</u>	<u>PASIVOS NETOS (Líquidos)</u>	<u>GASTOS FIJOS MENSUALES</u>
Efectivo en mano (cuentas de cheques) \$ _____	Préstamo de Bancos \$ _____	Pagos Casa/Renta \$ _____
Ahorros \$ _____	Total Tarjetas de Créditos \$ _____	Servicios Públicos \$ _____
Acciones/bonos/fondo de retiro \$ _____	Hipoteca Casa \$ _____	Teléfono \$ _____
	____ renta ____ propia	TV por Cable \$ _____
Auto/Modelo ____ Año ____ \$ _____	Otros Pasivos _____ \$ _____	Gastos Médicos \$ _____
Auto/Modelo ____ Año ____ \$ _____	Otros Pasivos _____ \$ _____	Recetas Médicas \$ _____
		Anexe una copia de un impreso de la pantalla de la farmacia
Casa: Valor Estimado en el Mercado \$ _____	Otros Pasivos _____ \$ _____	Seguros \$ _____
Otros Activos \$ _____	Total Pasivos: _____ \$ _____	Comestibles \$ _____
Otros Activos \$ _____		Guardería \$ _____ Manutención Niños \$ _____
Total Activos: \$ _____		Otros \$ _____ \$ _____
Netos Líquidos (Activos-Pasivos) \$ _____		Total Gastos Mensuales \$ _____

Por la presente reconozco que la información proporcionada a Alegent Health es verdadera y correcta a mi legal saber y entender. Autorizo a Alegent Health para que verifique la información total o parcialmente y que obtenga un informe crediticio del consumidor en caso de que lo considere necesario.

Firma del Paciente/Garante _____ **Fecha** _____

******* PRUEBA DE INGRESO REQUERIDA *****Es posible que se le solicite llenar una nueva forma para cada fecha de servicio *******