

**SOLICITUD DE CONSIDERACIÓN FINANCIERA ESPECIAL**

Enviar a:  
MEA - Parallon  
Ashley Regional Medical Center  
150 West 100 North  
Vernal, Utah 84078  
(435) 781-6859

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD**

PARA QUE UN PACIENTE SEA CONSIDERADO PARA UNA CONSIDERACIÓN FINANCIERA ESPECIAL,  
DEBE COMPLETARSE ESTA SOLICITUD EN SU TOTALIDAD Y ADJUNTARSE LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA.  
ESTE FORMULARIO DEBE ENVIARSE A ASHLEY REGIONAL MEDICAL CENTER  
A LA ATENCIÓN DEL REPRESENTANTE MENCIONADO ARRIBA.  
LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA SERÁ VERIFICADA  
Y SE TOMARÁ UNA DETERMINACIÓN ADECUADA DE MANERA OPORTUNA.

**POR FAVOR, PROPORCIONE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN A NUESTRAS INSTALACIONES**

ESTA SOLICITUD COMPLETADA EN SU TOTALIDAD,  
UNA COPIA COMPLETA DE LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES FIRMADA CON TODOS LOS ANEXOS PARA EL AÑO EN CURSO,  
COPIAS DE LOS TALONES DE PAGO DE LOS TRES MESES PREVIOS A LA FECHA QUE COMPLETE ESTA SOLICITUD, Y  
CUALQUIER/TODA OTRA DOCUMENTACIÓN QUE EVIDENCIE/JUSTIFIQUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA.

\*\*\*\*\*

**INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE**

NOMBRE DEL SOLICITANTE/  
DE LA PERSONA RESPONSABLE \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NRO.DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO) \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

EMPLEADOR \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_ FECHA QUE EMPEZÓ A TRABAJAR ALLÍ (MES/DÍA/AÑO) \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CÓNYUGE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO) \_\_\_\_\_ NRO.DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

EMPLEADOR DEL CÓNYUGE \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_ FECHA QUE EMPEZÓ A TRABAJAR ALLÍ (MES/DÍA/AÑO) \_\_\_\_\_

NÚMERO DE NIÑOS EN EL HOGAR \_\_\_\_\_ SUS EDADES \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**SÓLO PARA USO DE OFICINA**  
**LISTA DE INFORMACIÓN DE CUENTAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR**  
**(PARA MIEMBROS ADICIONALES, ADJUNTE UNA HOJA SEPARADA)**

NOMBRE DEL PACIENTE	NÚMERO DE CUENTA	SALDO	FECHA DE ALTA	RELACIÓN

\*\*\*\*\*

**INFORMACIÓN DE INGRESOS**

	SOLICITANTE/PERSONA RESPONSABLE	CÓNYUGE
SALARIOS MENSUALES (ANTES DE DEDUCCIONES)	_____	_____
PENSIÓN ALIMENTICIA/MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS MENSUAL	_____	_____
COMPENSACIÓN POR DISCAPACIDAD/DEL TRABAJADOR MENSUAL	_____	_____
PENSIÓN MENSUAL	_____	_____
SEGURO SOCIAL MENSUAL	_____	_____
DIVIDENDOS/INTERESES MENSUALES	_____	_____
INGRESOS MENSUALES POR ALQUILER/RENTA	_____	_____
PATRIMONIO/FIDEICOMISO MENSUAL	_____	_____
ASISTENCIA SOCIAL/PÚBLICA MENSUAL	_____	_____
CUPONES MENSUALES DE ALIMENTOS ( <i>FOOD STAMPS</i> )	_____	_____
OTROS INGRESOS MENSUALES (POR FAVOR ENUMERE)	_____	_____
MENOS FICA/IMPUESTOS ESTATALES/FEDERALES	_____	_____
MENOS CUALQUIER OTRA DEDUCCIÓN	_____	_____
INGRESOS MENSUALES TOTALES	_____	_____
INGRESO MENSUAL COMBINADO (Línea 1, Página 4)	_____	_____

\*\*\*\*\*

¿ALGUNA VEZ HA DECLARADO BANCARROTA/QUIEBRA? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ DESCARGO/EXONERACIÓN \_\_\_\_\_ DESESTIMACIÓN \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**ACTIVOS**

	SOLICITANTE/PERSONA RESPONSABLE	CÓNYUGE
EFFECTIVO/CHEQUES	_____	_____
INVERSIONES/ACCIONES BONOS	_____	_____
AHORROS	_____	_____
SEGURO DE VIDA	_____	_____
RESIDENCIA	_____	_____
OTROS	_____	_____

\*\*\*\*\*

**INFORMACIÓN DE GASTOS MENSUALES**

	SALDO ADEUDADO	PAGO MENSUAL
PAGO DE RESIDENCIA/HOGAR (ALQUILER/RENTA ____ DUEÑO ____)	_____	_____
OTROS BIENES INMUEBLES (ENUMERE _____)	_____	_____
PENSIÓN ALIMENTICIA/PAGO DE MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS	_____	_____
VEHÍCULO 1 PAGO (MARCA _____ AÑO _____)	_____	_____
VEHÍCULO 2 PAGO (MARCA _____ AÑO _____)	_____	_____
VEHÍCULO 3 PAGO (MARCA _____ AÑO _____)	_____	_____
VEHÍCULO DE RECREACIÓN (ENUMERE _____)	_____	_____
OTRO VEHÍCULO (ENUMERE _____)	_____	_____
GASTO MENSUAL TOTAL (Línea 2, Página 4)		_____

\*\*\*\*\*

**INFORMACIÓN DE GASTOS MÉDICOS**

NOMBRE DEL PROVEEDOR MÉDICO	SALDO ADEUDADO	PAGO MENSUAL
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
TOTAL DE GASTOS MÉDICOS (Línea 3, Página 4)		_____

\*\*\*\*\*

**INFORMACIÓN DE OTROS ACREEDORES**

NOMBRE DEL ACREEDOR	TIPO DE PRÉSTAMO	SALDO ADEUDADO	PAGO MENSUAL
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
TOTAL DE GASTOS DE OTROS ACREEDORES (Línea 4, Página 4)			_____

\*\*\*\*\*

**OTROS GASTOS MENSUALES**

AUTOMÓVIL/CARRO (SEGURO/GASOLINA/ARREGLOS)	_____
ABARROTES/COMESTIBLES	_____
INTERNET/TELÉFONO/TELEVISIÓN	_____
SEGURO MÉDICO	_____
SERVICIOS PÚBLICOS (ELECTRICIDAD/GAS/ALCANTARILLADO/AGUA)	_____
TOTAL DE OTROS GASTOS MENSUALES (Línea 5, Página 4)	_____

\*\*\*\*\*

**RESUMEN FINANCIERO MENSUAL**

TOTAL DE INGRESO MENSUAL (de la página 2) \_\_\_\_\_

TOTAL DE GASTOS MENSUALES (de la página 3) \_\_\_\_\_

TOTAL DE GASTOS MÉDICOS (de la página 3) \_\_\_\_\_

TOTAL DE GASTOS DE OTROS ACREEDORES (de la página 3) \_\_\_\_\_

TOTAL DE OTROS GASTOS MENSUALES (de la página 3) \_\_\_\_\_

INGRESO NETO MENSUAL \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**CONDICIONES Y COMENTARIOS DEL PACIENTE**

POR FAVOR, PROPORCIONE CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL QUE AFECTE SU CAPACIDAD PARA PAGAR LOS SERVICIOS PRESTADOS EN NUESTRAS INSTALACIONES. ADJUNTE UNA HOJA SEPARADA SI ES NECESARIO.

¿HA SOLICITADO MEDICAID? SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ SI RESPONDIÓ "SÍ", Y SE LE NEGÓ O SE LE DIJO QUE NO ERA ELEGIBLE, POR FAVOR EXPLIQUE.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿HA PEDIDO AYUDA A SU FAMILIA? SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ EXPLIQUE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿HA PEDIDO AYUDA A SU CLERO/IGLESIA? SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ EXPLIQUE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿CUÁNTO PUEDE PAGAR POR MES? EXPLIQUE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SE REQUIERE UN PAGO MENSUAL MÍNIMO DE \_\_\_\_\_ EN MIS CUENTAS COMBINADAS.

CON ESTA SOLICITUD, ESTOY PIDIENDO QUE SE APRUEBE UN PAGO MENSUAL MÁS BAJO DE \_\_\_\_\_.

AFIRMO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO ES VERAZ Y COMPLETA.

AUTORIZO A ASHLEY REGIONAL MEDICAL CENTER A VERIFICAR ESTA INFORMACIÓN, INCLUYENDO SOLICITAR UNA COPIA DE LOS INFORMES DE LAS AGENCIAS/OFICINAS DE CRÉDITO (CREDIT BUREAUS).

ENTIENDO QUE SI SE DETERMINA QUE ALGUNA DE ESTA INFORMACIÓN ES ENGAÑOSA O FALSA,  
SE ME PUEDE NEGAR CONSIDERACIÓN FINANCIERA ESPECIAL, Y  
SERÉ RESPONSABLE POR EL PAGO DE TODOS Y CADA UNO DE LOS CARGOS INCURRIDOS POR LOS SERVICIOS BRINDADOS.

FIRMA DEL SOLICITANTE/DE LA PERSONA RESPONSABLE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_