

SOLICITUD DE CONSIDERACIÓN FINANCIERA ESPECIAL

Enviar a:
Donna Cramer
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)	_____
ABARROTOS/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 _____