

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha de Vencimiento: _____

Esta solicitud aplica a RWMC (Hospital), RW Home Health & Hospice, ABC (Anestesia) y puede aplicar a RWPC (Clínica de los médicos). Si usted recibe declaraciones de otros proveedores, póngase en contacto con ellos para solicitar información sobre sus programas de asistencia financiera o preguntar si honran el beneficio de ayudas que ha recibido de RWMC.

****Adjuntar la siguiente información; sin documentación su solicitud se negará.****

- ✓ **Talones de cheque (últimos 30 días de empleo, desempleo o compensación para trabajadores)**
- ✓ **Corriente y completa declaración para cada cuenta de banco / Union de credito / cuenta de inversión**
 - Cheques/Débito–Declaracion de 30 días
 - Pensión / jubilación
 - Acciones / Bonos
 - Ahorros – Declaracion de 30 días
 - Anualidades/Cert. Deposito
 - Cuentas de Keogh
 - Salud / Cuenta de ahorros medico
 - 401(k)s / Inversiones /IRAs
- ✓ **Declaración de impuestos con todo el cronograma (el año más reciente); si trabaja por cuenta propia incluya un libro de contabilidad de 6 meses. Si no presento una declaración de impuestos por favor incluya W-2's y 1099's.**
- ✓ **Verificación de cualquier ingreso adicional recibido por cualquier miembro de la familia**
 - Seguro Social
 - Ayuda a niños dependientes
 - Pension / jubilacion / anualidades / regalías
 - Pensión compensatoria / manutención de los hijos
 - Beneficios de veteranos
 - Becas universitarias/becas

NO incluir copias de sus facturas médicas/hogar

Paciente / Información de la parte responsable

Información del cónyuge

Nombre completo	Nombre completo
Dirección (incluyendo ciudad, estado, código postal)	Dirección (incluyendo ciudad, estado, código postal)
Número de teléfono	Número de teléfono
Número de Seguro Social	Número de Seguro Social
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento
Estado Civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado Legalmente	Estado Civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado Legalmente
Si viudo(a) cuál es el nombre complete de su difunto esposo(a) _____	
Esposo(a) fecha de nacimiento _____	Fecha de muerte _____
Estado de empleo (marque uno) <input type="checkbox"/> Tiempo completo o parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado/ discapacitado	Estado de empleo (marque uno) <input type="checkbox"/> Tiempo completo o parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado/ discapacitado
Empleador (nombre de la compañía y dirección)	Empleador (nombre de la compañía y dirección)
Ingreso bruto (antes de impuestos/retenciones) \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	Ingreso bruto (antes de impuestos/retenciones) \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
Si desempleado la fecha que quedo desempleado _____ Fecha que presentó para beneficios de desempleo _____ Tiene/familia en la actualidad tienen seguro de salud Sí / No En caso afirmativo, nombre de la compañía Le dieron la opción para solicitar seguro COBRA Sí / No	Si desempleado la fecha que quedo desempleado _____ Fecha que presentó para beneficios de desempleo _____ Tiene/familia en la actualidad tienen seguro de salud Sí / No En caso afirmativo, nombre de la compañía Le dieron la opción para solicitar seguro COBRA Sí / No

OTROS INGRESOS

Si recibe Seguro Social para usted o sus dependientes, desempleo, compensación, manutención, pension alimenticia, pensiones, ingresos de jubilación, renta, becas universitarias, de la lista a continuación.

Fuente	Cantidad
Fuente	Cantidad

MIEMBROS DEL HOGAR

(Lista de todas las personas que viven en su casa)

Nombre	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Relación
Nombre	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Relación
Nombre	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Relación
Nombre	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Relación
Nombre	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Relación

CUENTAS DE CHEQUES/AHORROS Y TARJETA DE DÉBITO

Lista de todas las cuentas de tarjetas de débito y cheques para todos los miembros de la familia

Nombre del Banco	Número de Cuenta	Tipo de Cuenta
Nombre del Banco	Número de Cuenta	Tipo de Cuenta
Nombre del Banco	Número de Cuenta	Tipo de Cuenta

OTRAS CUENTAS

Lista de los planes 401(k)s, IRAs, CDs, anualidades, acciones, bonos, cuentas Keogh para todos los miembros del hogar

Nombre de Banco/Compañía	Número de Cuenta	Valor Actual
Nombre de Banco/Compañía	Número de Cuenta	Valor Actual

VEHÍCULOS

Lista de todos sus vehículos, incluyendo automóviles, lanchas, remolques y vehículos recreativos

Año/ marca / modelo	Valor	Pago mensual
Año/ marca / modelo	Valor	Pago mensual
Año/ marca / modelo	Valor	Pago mensual

¿HA SOLICITADO ALGUNA DE LAS AYUDAS A CONTINUACION?

Estampillas para comida, asistencia de utilidades/vivienda Si / No En caso afirmativo cuanto recibe por mes \$ _____
Medicaid / Kids Connection / ADC / Título 19 / WIC / EWM / Becas del estado o federales Si / No En caso afirmativo, fecha de solicitud _____ ESTADO - circúle uno – Pendiente/Denegado/Recibido \$ _____ ¿Tiene Medicaid con un parte del costo? Si / No \$ _____ /al mes
Discapacidad del Seguro Social/SSI Si / No En caso afirmativo, nombre de la persona aplicando para beneficios _____ Fecha de aplicación _____ ESTADO – circúle uno – Pendiente / Denegado / Recibido \$ _____
Programa de Gastos Médicos Compartido ¿Participa usted en un programa de gastos médicos compartidos? Si / No En caso afirmativo, el nombre del programa _____
Consejo de la judicatura ¿Tiene abogado a asesor legal, que le ayudó en la obtención de pago para las cuentas de RWMC Si / No En caso afirmativo, fecha del incidente _____ Tipo de reclamación _____ Nombre del abogado _____ teléfono # _____ Dirección (con ciudad y estado) _____

****Si usted necesita más espacio, adjunte un hoja adicional****

BIENES RAÍCES

¿Usted posee o alquila? Propia Alquila Hipoteca Mensual \$ _____ Alquiler Mensual \$ _____

Lista de todos los bienes raíces propios tales como Rancho, tierra de granja, alquiler de propiedades y otros bienes, **fuera de su residencia primaria**. Proporcione una copia actualizada de la valoración del Asesor de impuestos de propiedad. Lista de **propiedades adicionales en una página separada**.

Dirección de la Propiedad	Tax assessor value	Estimated equity	Monthly Payment
Dirección de la Propiedad	Tax assessor value	Estimated equity	Monthly Payment

Si tiene un procedimiento próximo en Regional West Medical Center, complete esta sección.

Nombre del paciente _____ **Fecha de Procedimiento** _____

Nombre del Procedimiento _____ **Nombre del Medico** _____

PROPORCIONE UNA CARTA DE NECESIDAD MÉDICA DE SU MÉDICO PARA ESTE PRÓXIMO PROCEDIMIENTO

Explique por qué usted está solicitando ayuda financiera de RWMC. *Si usted no tiene ninguna fuente de ingresos, explique cómo se están pagando sus gastos de vida (alquiler/servicios públicos/alimentos/etc.).*

Yo, el abajo firmante, certifico que la información anterior es verdadera y exacta. Entiendo que la información está sujeta a verificación. En el proceso de revisión, podrá solicitarse un informe de crédito para verificar la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo la falsificación de la información presentada o falta de información puede poner en peligro mi consideración para el programa. **Cualquier ayuda financiera concedida permanecerá válida por 180 días y se aplicará a cualquier otra cuenta durante este tiempo excepto procedimientos electivos.** Información adicional puede ser solicitada durante este período de tiempo. Se requerirá una carta de necesidad médica de su médico antes de aplicar cualquier reducción a las cuentas relacionadas con el continuo tratamiento.

- Cuentas que están más allá de 240 días desde la fecha de la primera declaración de equilibrio debida no pueden ser elegibles para asistencia.
- Presentación de esta solicitud no exime al solicitante del régimen de pago mensual en cuentas a RWMC.
- Cuentas que han tenido fallos judiciales de acción o embargo de sueldo no califican para ayuda financiera.
- Cuentas que no pueden ser procesados por un pagador debido a la falta de información del paciente no son elegibles para ayuda financiera.
- Cuentas por las cuales el paciente era elegible para el seguro medico pero que la información no fue proporcionada a la instalación para cumplir con la presentación oportuna de las directrices del pagador no son elegibles para ayuda financiera.

Firma del Solicitante _____ **Fecha** _____

Firma del Conyuge _____ **Fecha** _____

Si usted tiene alguna pregunta o desea recibir una copia escrita de la póliza de asistencia financiera , póngase en contacto con nosotros.

RWMC Financial Assistance FAST
4021 Avenue B
Scottsbluff, NE 69361

Telefono (308) 630-1462
Fax (308) 630-1354
Email FAST@rwhs.org

- Marque esta casilla si **no** desea que esta información o la determinación final sea compartida con Regional West Physicians Clinic RWPC, que puede incluir información relacionada con procedimientos próximos. Tenga en cuenta que se proporciona información de ayuda financiera para su información; exactas reducciones para las cuentas RWPC no están garantizadas.

