

Solicitud de ayuda financiera de CARROLLTON REGIONAL MEDICAL CENTER

Número de Cuenta del Paciente

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____ Número de seguro social _____

Dirección de residencia del paciente _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____ Número de teléfono _____ Estado civil: Casado/a Soltero/a Viudo/a
 Separado/a Divorciado/a

Nombre del cónyuge _____
 Empleado/a Sí No Empleado/a Sí No

Empleador del paciente _____ Empleador del cónyuge _____

Núm. de teléfono _____ Núm. de teléfono _____

¿Los centros de Carrollton Regional Medical Center donde recibió los servicios son los centros de la red más cercanos a su residencia principal? Sí No
 Si respondió que no, ¿los centros más cercanos no pudieron brindarle atención o se negaron a hacerlo? Sí No

****Si está desempleado/a, incluya el nombre y número de teléfono del empleador anterior****

A. Ingresos: Proporcione el ingreso para cada una de las siguientes personas en su hogar.

Paciente <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial - Horas/semana = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual \$ _____ Ingreso adicional		Complete solo si el paciente es menor de edad (de no ser así, deje el espacio en blanco) Padre del paciente <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial - Horas/semana = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual \$ _____ Ingreso adicional	
Cónyuge <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial - Horas/semana = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual \$ _____ Ingreso adicional		Madre del paciente <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial - Horas/semana = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual \$ _____ Ingreso adicional	
Ingreso total de la familia \$ _____		Ingreso total de la familia \$ _____	

B. Verificación de ingresos: Proporcione verificación (*envíe solo copias, no la documentación original*) para todas las fuentes de ingreso familiar (la documentación aceptable se indica a continuación). Controle los documentos adjuntos:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Envío de cheque de pago | <input type="checkbox"/> Verificación del empleador | <input type="checkbox"/> Consulta de crédito (completada por Carrollton Regional Medical Center) |
| <input type="checkbox"/> Formulario W-2 del IRS | <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos | <input type="checkbox"/> Ayuda gubernamental (cupones de alimentos, CDIC, Medicaid, TANF) |
| <input type="checkbox"/> Estados de cuenta | <input type="checkbox"/> Otros (describa a continuación) | <input type="checkbox"/> Cartas de resolución de seguridad social, compensación laboral o compensación por desempleo |

Si no puede proporcionar alguna de las documentaciones de las fuentes de ingresos mencionadas anteriormente, explique el motivo:

C. Familiares: Proporcione la cantidad total de personas en la casa del paciente.
 (Este número solo debe incluir al paciente, al cónyuge del paciente y a los dependientes del paciente)

--

D. Activos y otros recursos:

- ¿Tiene algún activo u otros recursos a su disposición? (*Los ejemplos incluyen cuentas de ahorro, fideicomisos, acciones, bonos, cuentas de jubilación, fondos mutuos, etc.*) Sí No Si es afirmativo, monto actual disponible: _____
- ¿Tiene seguro médico? Sí No Si es afirmativo, indique el nombre del proveedor: _____
- ¿Tiene una cuenta de ahorro para la salud o una cuenta de gastos flexibles? Sí No Si es afirmativo, monto actual disponible: _____

Comprendo que Carrollton Regional Medical Center (CRMC) puede verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de ayuda financiera ("Solicitud") con relación a la evaluación de CRMC de esta Solicitud y, mediante mi firma, por la presente autorizo a mi empleador o a cualquier persona indicada en esta Solicitud a certificar o proporcionar detalles adicionales con respecto a la información proporcionada en esta Solicitud. Además, autorizo a CRMC a solicitar informes de agencias de información de crédito y de la Administración de Seguro Social. Certifico que las declaraciones realizadas en esta Solicitud son verdaderas y correctas, a mi leal saber y entender, y están hechas de buena fe. Soy consciente de que la falsificación o tergiversación de la información en esta Solicitud puede tener como resultado el rechazo de la ayuda financiera.

También comprendo que algunos médicos y proveedores pueden no ser empleados de CRMC. Comprendo que puedo recibir facturas por separado de esos proveedores y esta solicitud de ayuda financiera no se aplicará a dichos saldos adeudados.

Firma del paciente o la parte responsable _____ Nombre en imprenta _____ Fecha _____

For Hospital Use Only		
<input type="checkbox"/> Application information obtained by CRMC Employee in person or over the phone, no patient signature required.	Electronic Signature of CRMC Employee or CRMC Representative _____	Date _____

Notes Regarding Income Verification/Number in the Household: _____

Patient is part of community care program Program Name _____ First Statement Date: _____