



Solicitud de ayuda financiera

Instrucciones

- ❖ Copia completa del formulario de devolución de impuestos federales 1040 incluyendo W-2's. Si usted trabaja por cuenta propia, una programación "C" debe ser incluido. Sírvanse proporcionar todas las programaciones que son aplicables.
- ❖ Si es casado, dos (2) últimos talones de cheques suyo y de su conyuge. Si son separados proporcionar una carta notariada..
- ❖ Enviar copias de sus dos (2) últimos extractos bancarios.
- ❖ Prueba de pensión alimenticia o manutención infantil .
- ❖ Prueba de la cantidad mensual de las Estampillas de Comida.
- ❖ Justificante de ingresos de desempleo.
- ❖ Si usted es un estudiante de tiempo completo, necesitamos la prueba de ayuda financiera y/o préstamos estudiantiles. Si tus padres los reclaman como dependiente en su declaración de impuesto, necesitaremos una copia de su declaración de impuestos actual de sus padres, talones de cheques y extractos bancarios actuales.
- ❖ Si recibe Seguro Social, Necesitamos una carta que muestra la cantidad mensual por cada persona que lo recibe.
- ❖ Si otra persona está ayudando con los gastos tales como el alquiler o la comida, necesitaremos documentación detallada.
- ❖ Ud. debe aplicar para el Medicaid y proporcionarnos una carta de aprobación o denegación. Esto puede hacerse con la elegibilidad del hospital Puede comunicarse con los trabajadores al 843-234-6958 o 843-347-8183. También puede ponerse en contacto con el DHS Conway en 1201 Creel Street, Conway, SC. o por phone al 1-888-549-0820.
- ❖ Si sus cuentas son el resultado de un accidente automovilístico, y hay un posible acuerdo. No asistencia financiera estará disponible.
- ❖ Por favor, completar, firmarla la aplicacion y poner la fecha y adjuntar toda la documentación solicitada. Toda la información será verificada. Incompleta la aplicacion será rechazada.

Por favor ENVIARLA POR CORREO:

A: CONWAY MEDICAL CENTER
Casilla de correo interno #59
PO BOX 829,
CONWAY, South Carolina 29528-0829



Solicitud de ayuda financiera

Fecha: _____

Información para el paciente

Número(s) de cuenta _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____

Nombre del Cónyuge o garante: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Años/meses en residencia: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Otro teléfono: _____

Información sobre el hogar

Nombre de miembro.	Edad	Relación	Empleador	Ingreso bruto anual
		Yo mismo		\$
				\$
				\$
				\$
				\$

Tamaño familiar total: _____ Total de dependientes: _____ Los ingresos totales del hogar: \$ _____

Selección de información:

- ❖ Actualmente usted tiene seguro de salud? (S/N) _____ En caso afirmativo, sírvase proporcionar información del seguro a continuación:
 - Nombre/del seguros _____ #de poliza _____
 - Nombre/Número de grupo: _____
- ❖ Has tenido seguro médico que ha terminado en los últimos 3 meses? (S/N) _____ Si la respuesta es sí, siga los pasos siguientes:
 - ¿Qué tipo de seguro? (p. ej. BCBS, Medicaid, Tricare, etc.). _____
 - Motivo de terminación de seguros? _____
 - No se aplica para la cobertura de COBRA? (S/N) _____
 - Si es así, ¿cuándo? _____
 - Ex empleador Nombre: _____
- ❖ Estás en servicio activo o jubilados militares? (S/N) ____ ..Si es así, son VA? (S/N) _____ usted es elegible p
- ❖ Has solicitado Medicaid o SSI por incapacidad? (S/N) _____ Si la respuesta es sí, siga los pasos siguientes:
 - ¿Cuándo? _____ ❖ ¿Dónde? _____
 - Trabajador social? _____
 - Tiene su hogar o ingresos estado cambiado desde la última vez que aplicó? (S/N) ____
- ❖ Fuiste una víctima de un crimen? (S/N) _____ Si es así, realice la siguiente.
 - Ha presentado un informe de la policía? (S/N) __ (Debe ser presentada dentro de las 72 horas del incidente)
 - Completada la víctima del delito aplicación? (S/N) _____
- ❖ Si usted tiene cualquier otras circunstancias especiales que le gustaría que nosotros a tener en cuenta a la hora de revisar su solicitud, sírvase explicar a continuación:



Solicitud de ayuda financiera

Evaluación Financiera

Número(s) de cuenta _____ Nombre del paciente _____
 Fecha: _____

Los gastos mensuales

Alquiler/Hipoteca \$ _____
 Utilidades \$ _____
 Los alimentos \$ _____
 Teléfono celular/pager \$ _____

Cable \$ _____
 Préstamo Auto \$ _____
 Seguro de \$ _____
 Préstamos \$ _____
 Manutención de los hijos \$ _____
 Tarjetas de créditos \$ _____
 (Min.Pago) Otros \$ _____
 \$ _____

El total de gastos \$ _____

Activos

cuenta de ccchde la(s) \$ _____
 Cuenta de ahorros(s) \$ _____
 Otros activos en efectivo \$ _____
 Tarjetas de crédito (crédito disponible) \$ _____

Ingreso bruto mensual

Ingresos de empleo \$ _____
 Los ingresos del \$ _____
 cónyuge ingresos de \$ _____
 jubilación para las \$ _____
 estampillas de \$ _____
 comida los beneficios \$ _____
 Otros \$ _____

El total de ingresos \$ _____

TOTAL DE INGRESOS MENSUALES \$ _____

Los gastos mensuales totales \$ _____

Cantidad disponible \$ _____

Paciente/garante la certificación

Yo, _____, *certifico que* información que he proporcionado es verdadera y exacta al mejor del conocimiento. Entiendo que si no cooperan con el hospital en suministrar cualquier información adicional solicitada; mi solicitud puede ser denegada para una posible asistencia financiera. Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte del hospital, incluyendo las agencias de informes de crédito, sujetas a revisión por las leyes federales y/o estatales y otros organismos, según sea necesario. Entiendo que esta solicitud se refiere a los gastos del hospital y no cargos del médico. Entiendo que si cualquier información que me han dado resulta ser falsa, el hospital se volverá a evaluar mi situación financiera y tomar cualquier acción que resulta apropiada. También soy consciente de que soy sólo se aplica para las cuentas especificadas anteriormente, y que mi situación financiera tendrá que ser reevaluado y puede requerir una nueva solicitud para cualquiera/todas tratamiento futuro recibo en Conway Medical Center, Inc.

 Paciente/garante firma

 Fecha

***Para Uso de oficina	
Revisado por: _____ Fecha _____	Aprobado : _____
Recomendación: _____	Fecha _____
Porcentaje aprobado _____ %	Fecha _____
D indigente _____	Fecha _____
D denegado: Razón _____	Fecha _____



Solicitud de ayuda financiera

Documentación financiera adicional

(complete sólo si es aplicable).

Número(s) de cuenta _____

Nombre de pacientes _____ Fecha: _____

_____ **La Declaración de soporte:**

Mi firma certificará que yo, _____, proporciono todo lo necesario para_ que viva Y lo han hecho durante un período de _____ Años/meses.

La firma del defensor del paciente

Relacion al paciente

Fecha

_____ **Declaración jurada sin hogar**

Yo, (nombre) de impresión _____

_____ Certifico que soy desemparados, no tienen una dirección permanente, ningún trabajo, ahorros o activos y no hay ingresos distintos de las donaciones de otros.

La firma

Fecha

_____ **No hay cambios en la situación financiera desde la aplicación anterior de asistencia**

Yo, (nombre) imprimir _____ Certifico que no habido cambios en mi (y mi conyuge) Situación financiera desde mi solicitud ANTERIOR de asistencia financiera de Conway Medical Center, que fue completado en _____. Seleccione una de las siguientes opciones:

D sigo siendo apoyado por otro. Ofrecen todo lo necesario para vivir, y así lo han hecho durante un período de _____ Años/meses.

D todavía estoy sin hogar. Estoy sin hogar, no tengo una dirección permanente, ningún trabajo, ahorros o ingresos distintos de las donaciones de otros.

D no hay cambios a mi (o mi cónyuge) ingreso o el tamaño de los hogares desde mi aplicación anterior.

La firma

Fecha