

Solicitud Para Ayuda Financiera

*Para información sobre el Programa de Ayuda Financiera o para ayuda con esta solicitud, favor llamar a Servicios Financieros del Paciente a (601) 553-6850. También puede comunicarse con nosotros por escrito o consultarse con un Representante de Servicios Financieros en: **2124 14th Street Meridian, MS 39301***

**Anderson Regional Medical Center
2124 14th Street
Meridian, MS 39301**

Identificación del Solicitante

Nombre completo del solicitante _____
(Nombre) (Apellido de Soltera) (Apellido)

Número de Seguro Social: _____ Si no hay, ¿ya solicitó uno? _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: _____ masculino _____ femenino
(Mes) (Día) (Año)

Estado Civil: ____ Soltero/a ____ Viudo/a ____ Casado/a ____ Divorciado/a ____ Separado/a

Domicilio: _____
(Calle)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Número de Teléfono: (_____) _____

¿Cuánto tiempo hace que vive el solicitante en esta dirección? _____

Nombre los familiares que corresponden a la responsabilidad financiera del solicitante.

Nombre del familiar	Edad	Parentesco al solicitante	¿Esta persona todavía vive en la casa?
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Historial de trabajo

Nombre del empleador: _____
Total de salarios (antes de deducción) \$ _____ ¿Con qué frecuencia se paga? _____
¿Fue empleado su pareja en cualquier momento de este año o del año pasado? ____ Si ____ No
En caso afirmativo, nombre el tipo de trabajo: _____
Monto ganado: \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Información de ingresos:

¿El solicitante presentó declaración de Impuesto Sobre la Renta Estatal o Federal * el año pasado? ____ Si ____ No

***Nota: Se requiere una copia de la última declaración de impuestos federales del año u otra verificación de apoyo.**

¿El solicitante recibe actualmente un cheque de SSI? ____ Si ____ No

¿El solicitante ha recibido un cheque de SSI en algún momento? ____ Si ____ No

En caso afirmativo, ¿Cuál fue el último mes/año que recibió un cheque? _____

Número de identificación de Medicaid (si ha recibido Medicaid) _____

Solicitud Para Ayuda Financiera

Favor alistar en lo siguiente todo tipo de ingreso recibido por el solicitante, su pareja y cualquier hijo dependiente. Si se trata de una aplicación para un hijo menor, cada padre debe tener en cuenta sus ingresos.

Marque uno		Fuente de ingresos	Dar cantidades mensuales		
Sí	No		Solicitante	Pareja	(Menores de 18 años) Hijos
		Seguro Social	\$	\$	\$
		SSI	\$	\$	\$
		Pensión o Compensación de VA	\$	\$	\$
		Seguro de VA	\$	\$	\$
		Jubilación Ferroviaria	\$	\$	\$
		Jubilación Estatal	\$	\$	\$
		Jubilación Municipal	\$	\$	\$
		Jubilación de Servicio Civil	\$	\$	\$
		Jubilación Privada	\$	\$	\$
		Ingresos por Alquiler	\$	\$	\$
		Ingresos por Intereses	\$	\$	\$
		Dividendos	\$	\$	\$
		Regalías Minerales, Petróleos, de Gas,	\$	\$	\$
		Contribuciones en Efectivo	\$	\$	\$
		Otros:	\$	\$	\$

Recursos- Esto es propiedad personal o verdadera o en proceso de compra por el solicitante o su pareja.

- Sí No ¿Es dueño el solicitante o su pareja ahora de cualquier terreno, casa o edificio?
 Sí No ¿Tiene el solicitante o su pareja algún interés de propietario en cualquier propiedad?
 (Incluso intereses de bienes de vivienda y del heredero)
 Sí No ¿Es el solicitante o su pareja dueño de los derechos mineros a cualquier propiedad?
 Si No ¿Está en proceso de compra cualquier terreno, casa o edificio por parte del solicitante o por su pareja?

SI LA RESPUESTA A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SOBRE CADA PROPIEDAD O DERECHO MINERAL QUE LE CORRESPONDE:

Ubicación de la propiedad

(Incluye Estado/País)

Nombre del Propietario/s de Derechos/Propiedad

¿Quién vive en la propiedad/Parentesco al solicitante?

Participación en la Propiedad del Solicitante

¿Propiedad produce ingresos? Si No Si marcó sí, dar el monto \$ _____ ¿Con qué frecuencia?

¿El solicitante debe todavía dinero en la propiedad mencionada?

Solicitud Para Ayuda Financiera

_____ Si _____ No Si marcó sí, dar el monto adeudado \$ _____

Aparece el nombre del solicitante o ha aparecido en los últimos 24 meses (solo o con su pareja o cualquier otra persona) en alguno de los siguientes: (único o compartido):

Cuenta de Ahorros	_____ sí _____ no	Caja Fuerte	_____ sí _____ no
Cuenta Corriente	_____ sí _____ no	Bonos	_____ sí _____ no
Cuenta de Ahorros de Cooperativa de Crédito	_____ sí _____ no	Acciones	_____ sí _____ no
Certificado de Ahorros	_____ sí _____ no	Bonos de ahorro	_____ sí _____ no
Pagaré	_____ sí _____ no	Cuenta de Paciente en NH	_____ sí _____ no

Si marcó sí, complete lo siguiente:

Tipo de cuenta			
Nombre, Dirección del Banco S & L o Cooperativa de Crédito			
Cómo cuentas figuran (Nombres en la Cuenta)			
Números de Cuenta			
¿La cuenta está abierta actualmente? Si No, dar fecha del cierre o fecha de la eliminación del nombre del solicitante.	_____ Si _____ No	_____ Si _____ No	_____ Si _____ No
Saldo en la cuenta			

Si efectivo u otro activo no se encuentra en un banco, negocio de ahorros y préstamos o una cooperativa de crédito, dar el nombre de la empresa o individuo encargado del activo: _____

¿Se ha trasladado en los últimos 30 meses algún activo que no pertenece a una cuenta bancaria? _____ Si _____ No

¿Es el solicitante propietario de seguro de vida? _____ Si _____ No Si marcó sí, complete lo siguiente:

Nombre del Asegurado	Compañía de seguros	Número de Póliza	Valor Nominal	Valor en Efectivo

¿Es el solicitante propietario de cualquier vehículo de motor, como un automóvil, camión, motocicleta, barco, caravana o maquinaria agrícola? _____ Si _____ No Si marcó sí, complete lo siguiente:

Tipo de Vehículo	Modelo y Año	Monto Adeudado	Explicar cómo se utiliza el vehículo

Solicitud Para Ayuda Financiera

Responsabilidad del solicitante:

1. Afirmo que toda información dada en este documento o en su apoyo es cierta.
2. Por la presente autorizo a Anderson Regional Medical Center que se ponga en contacto con recursos que figuran en este documento para apoyar, clarificar y verificar las circunstancias financieras en esta solicitud.
3. Accedo reembolsar a Anderson Regional Medical Center para servicios hospitalarios prestados en el evento que más adelante se me presenten reclamaciones de seguro que cubren tales servicios.

Firma: _____

Fecha: _____

ARMC requiere los siguientes documentos para corroborar la información proporcionada por el paciente en esta aplicación:

- ***Declaraciones de impuestos federales***
- ***Estados de cuenta bancarios***
- ***Comprobantes de pago laboral***