

SOLICITUD PARA RECIBIR AYUDA ECONÓMICA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	N.º de teléfono	N.º de paciente	
Dirección particular		Arrendatario <input type="checkbox"/>	Propietario <input type="checkbox"/>	¿Vive con sus padres? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
N.º de Seguro Social	Estado civil				
Nombre y dirección del empleador			N.º de teléfono del empleador	¿Hace cuánto tiempo que es empleado?	
Cargo/Título			Nombre del supervisor		
Si está desempleado, indique la última fecha y lugar de empleo			Cargo/Título		
INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE					
Nombre		Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	N.º de teléfono	
Dirección, si es diferente a la del paciente					
N.º de Seguro Social	Estado civil	Cantidad de miembros de la familia	Nombres y fechas de nacimiento		
Nombre y dirección del empleador			¿Hace cuánto tiempo que es empleado?	N.º de teléfono del empleador	
Cargo/Título			Nombre del supervisor		
Si está desempleado, indique la última fecha y lugar de empleo			Cargo/Título		
Nombre del familiar más cercano			Relación		
Dirección			N.º de teléfono		
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE					
Nombre		Fecha de nacimiento	N.º de Seguro Social	Nombre del empleador	
Empleador Dirección		¿Hace cuánto tiempo que es empleado?		N.º de teléfono del empleador	
Cargo/Título		Nombre del supervisor			
Si está desempleado, indique la última fecha y lugar de empleo		Cargo/Título			
¿HA SOLICITADO MEDICAID O ALGUNA OTRA ASISTENCIA DEL CONDADO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ (FECHA/ESTADO _____)			¿TENÍA SEGURO MÉDICO EN LA FECHA DEL SERVICIO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ (INCLUYA UNA COPIA DE LA TARJETA CON ESTA SOLICITUD)		
INGRESOS MENSUALES			ACTIVOS		
ÍTEM	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre	Cuentas corrientes: banco y número de cuenta	Saldo
Ingresos básicos					
Horas extras				Cuentas de ahorro: banco y número de cuenta	Saldo
Seguro Social					
Intereses/Dividendos				Otros (banco y número de cuenta, mercado monetario, certificado de depósito [CD], cuenta individual de	Saldo
Ingresos por alquiler					
Cuota alimentaria/Manutención				Seguro de vida (compañía y número de póliza)	Valor
Desempleo					
Ayuda estatal				Acciones, bonos y fondos mutuos (compañía)	Valor
Cupones para alimentos					
Pensión				Automóviles/Camionetas (marca, modelo y año)	Valor
Discapacidad					
Indemnización por accidentes laborales					
Otro				Otros activos (personales, ganado, maquinaria, motocicletas, casa rodante [RV])	Valor
				Bienes raíces (enumere y describa)	Valor actual
TOTAL				ACTIVOS TOTALES	

SOLICITUD PARA RECIBIR AYUDA ECONÓMICA

COMPLETE LA INFORMACIÓN CON LA MAYOR EXACTITUD POSIBLE PARA QUE SE PUEDA REALIZAR UNA EVALUACIÓN PRECISA DE SU SITUACIÓN ECONÓMICA ACTUAL. JUNTO CON EL ESTADO FINANCIERO, ES NECESARIO EVALUAR AL MENOS DOS DE LOS SIGUIENTES ÍTEMS. PRESENTE LOS SIGUIENTES ÍTEMS:

1. ÚLTIMA DECLARACIÓN PRESENTADA DE IMPUESTOS SOBRE LA RENTA FEDERALES Y ESTATALES.
2. ESTADO DE CUENTA BANCARIA (CUENTAS CORRIENTES Y DE AHORRO; ÚLTIMOS TRES MESES).
3. VERIFICACIÓN DE INGRESOS (RECIBOS DE SUELDO, CHEQUES POR DESEMPLEO, CHEQUES DEL SEGURO SOCIAL, ETC.).

GASTOS MENSUALES		OTROS GASTOS	PAGO MENSUAL	SALDO	¿PAGO AL DÍA?
ÍTEM	PAGO MENSUAL	Cuentas de crédito			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Alquiler					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Hipoteca					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Electricidad					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Gas/Propano					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Agua					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Desechos		Préstamo personal (nombre y propósito)			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Teléfono					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Televisión por cable		Préstamo para automóvil (nombre)			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Comida					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Ropa		Préstamo para bienes raíces (nombre)			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Medicamentos					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Cuidado de niños		Teléfonos celulares/Buscapersonas			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Transporte					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Cuota alimentaria/Manutención infantil		Varios (nombre y propósito)			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Seguro de automóvil					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Seguro del hogar					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Seguro de vida		TOTALES	PAGOS MENSUALES TOTALES	SALDO TOTAL	
Seguro médico					
Impuesto sobre bienes personales					
Impuesto sobre bienes raíces					
Subtotal					
		RESUMEN			
		Ingresos mensuales totales	\$ _____		
		Gastos mensuales totales	\$ _____		
		Ingresos discrecionales	\$ _____		
		Acuerdos de pagos mensuales	\$ _____		
OTROS GASTOS					
¿El paciente no podrá ir a la escuela o al trabajo debido a una discapacidad física? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					
Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es el diagnóstico o la afección incapacitante? _____					
¿Cuánto tiempo se prevé que dure la discapacidad del paciente? _____ (Adjunte el certificado médico).					
COMENTARIOS					
ACUERDO DEL PACIENTE					
Quien suscribe solicita la ayuda económica que se menciona en esta solicitud y declara que todo lo expuesto en esta solicitud es verdadero y tiene como fin obtener la ayuda económica. El acreedor retendrá el documento original o la copia de esta solicitud, incluso si no se otorga la ayuda económica. Quien suscribe también acepta permitir que este centro se comunique con cualquiera de las referencias mencionadas arriba para realizar una verificación de solvencia, incluidas las oficinas de crédito.					
Firma del paciente			Firma del cónyuge o de la parte responsable		
Fecha		Representante del centro		Departamento	

Envíe por correo la solicitud completada y los documentos de respaldo a la siguiente dirección:

Mercy Health Rehabilitation Hospital

Attn: Finance

3180 Belmont Ave

Youngstown, OH 44505