

# Major Health Partners

Solicitud de Asistencia Financiera para el Paciente

Teléfono: (317) 421-5717

Fax: (317) 398-5257

Devolver a:

Patient Advocate Services

2451 Intelliplex Drive

Shelbyville, IN 46176

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_

N.º de cuenta(s) del paciente: \_\_\_\_\_ Saldo de la(s) cuenta(s): \$ \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: Teléfono laboral: Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge/garante: Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_

Enumerar todos los dependientes en el hogar:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Relación con el paciente
--------	---------------------	------	--------------------------

---

---

---

---

---

¿Actualmente recibe asistencia de cupones para alimentos? Sí No

¿Ha solicitado beneficios de Medicaid? Sí No En caso afirmativo, fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

¿Se le han denegado beneficios de Medicaid en los últimos 12 meses? Sí No

En caso afirmativo, motivo de la denegación: \_\_\_\_\_

¿Ha solicitado el Plan de Salud de Indiana (HIP)? Sí No En caso afirmativo, fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

¿Es usted actualmente un paciente del Shelby Community Health Center? Sí No

**Ingreso total del hogar por mes:** \$ \_\_\_\_\_

Empleador actual del paciente o garante: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Ingresos por semana: \$ \_\_\_\_\_

Fecha de comienzo del empleo: \_\_\_\_\_

Si no está trabajando actualmente, fecha/lugar del último empleo: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador actual del cónyuge: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Ingresos por semana: \$ \_\_\_\_\_

Fecha de comienzo del empleo: \_\_\_\_\_

Si no está trabajando actualmente, fecha/lugar del último empleo: \_\_\_\_\_

**Fuentes adicionales de ingreso:** Enumerar lo que corresponda.

Importe mensual

Ingreso del Seguro Social	\$
Ingreso por desempleo	\$
Jubilación	\$
Beneficios de veteranos	\$
Pensión alimenticia o manutención	\$
Ingresos del compañero de habitación/inmueble en alquiler	\$
Otros ingresos (explicar)	\$

¿Es propietario de su hogar? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Valor estimado del hogar. \$ \_\_\_\_\_

Saldo de la cuenta corriente: \$ \_\_\_\_\_ Saldo de la cuenta de ahorros: \$ \_\_\_\_\_

Saldo(s) de otros activos: \$ \_\_\_\_\_ (cert. de depósito, acciones, bonos, etc.)

**Gastos mensuales:** Enumerar lo que corresponda.

Alquiler/hipoteca	\$	Tarjetas de crédito	\$
Servicios públicos	\$	Alimentos	\$
Pago de automóvil	\$	Cuidado de los niños	\$
Seguro de automóvil	\$	Gastos médicos	\$
Teléfono fijo/móvil	\$	Gastos de farmacia	\$
Gas	\$	Otros	\$
Otros	\$	Otros	\$

**Total de gastos mensuales:** \$ \_\_\_\_\_

Verificación de ingresos: Se requiere una validación del nivel de ingresos actual para procesar la solicitud.

**Adjunte al menos uno de los elementos que se enumeran a continuación para cada fuente de ingresos indicada en la solicitud.**

- Los dos últimos recibos de pago
- Declaraciones de impuestos del año más reciente
- Carta del empleador donde se verifique el salario
- Copia del último cheque recibido en concepto de ingresos del Seguro Social
- Carta de la agencia de Seguro Social que indique el importe otorgado
- Formulario W-2 del año más reciente
- Formulario de compensación por desempleo

Información adicional para respaldar sus necesidades de asistencia:

---

---

---

Por la presente certifico que, según mi leal saber y entender, las respuestas dadas son verdaderas. También admito que el hecho de completar este formulario no garantiza las medidas que puedan o no ser tomadas para el cobro de mi cuenta en su totalidad.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del paciente o garante de la cuenta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del cónyuge: \_\_\_\_\_