

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA
APLICACION PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Esta caja es para ser llenada por el personal de Schneck

Account Number(s):

Total Outstanding Balance:

*****Llene todas las secciones de esta aplicación. Si una pregunta no le aplica a usted, indíquelo al escribir "n/a" o "ninguna" en el espacio dado. Si tiene alguna pregunta acerca de esta forma, contacte un consejero financiero al 812-522-0411 x3.**

Para que pueda ser considerado para asistencia debe de llenar todos los espacios.

SECCION 1 – INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____
Apellido Nombre SN

Número de Seguro Social ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

¿Tiene el paciente seguro médico? Sí No

Si la respuesta es SI, Nombre de su plan _____ Numero de Póliza _____

¿Su cuenta es relacionada con un accidente de vehículo o de trabajo? Sí No

Si la respuesta es SI, Nombre de la compañía _____
Número de Teléfono de la Compañía _____ Número de Reclamación _____

SECCION 2 – INFORMACION DEL AVAL (Persona responsable de pagar el recibo)

Nombre del Aval

_____ Apellido Nombre SN

Número de Seguro Social ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____ Otro Número de Teléfono _____

Nombre de la Empresa _____ Numero de la Empresa _____

Dirección de la Empresa _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

SECCION 3 – INFORMACION DEL HOGAR (Liste todos los miembros de familia que constituyen una unidad de impuestos.)

Nombre	Edad	Relación al Paciente	Nombre de Empresa	Otro Ingreso (Seguro Social/ Incapacidad/ Desempleo/ Pensión/Cuota Alimenticia/Pensión Conyugal/ Interés de Rentas/Otro)
		Paciente		

SECCION 4 – LISTA DE DOCUMENTACION DE APOYO (Copias de toda la documentación de apoyo aplicadas deben de ser presentadas para que su aplicación sea puesta en consideración. Los documentos **no** serán regresados.)

X	Documentación de Apoyo
	Tres talones de pago más recientes de todos los trabajadores en su casa
	Regreso Federal de impuestos más reciente de todos los miembros de la casa (ejemplo 1040, 1040A, o 1040EZ, no W-2)
	Tres estados de cuenta recientes (cheques, ahorros, inversiones, jubilación, etc.) de todos los miembros de la casa. Todos los estados deben de contener detalles de transacciones.
	Carta de elegibilidad para desempleo o de negación
	Registro al día demostrando al IRS ingresos y gastos por todos los ingresos de trabajo propio, ingresos de renta, y/o ingresos de granja
	Decreto legal demostrando elegibilidad de dependiente de impuestos ordenado por la corte
	Carta e información de contacto de cualquier individuo asistiendo con gastos de su casa

SECCION 5 – VALORES (Por favor encierre y documente en los artículos que son aplicables)

Cuenta(s) de Banco: Cuenta de Cheques, Valor de Promedio \$_____, Cuenta de Ahorros, Valor de Promedio \$_____

Casa: Propia Renta Sin Hogar Otro_____

Vehículo: Propio Contrato Nada Otro_____

Cuenta de Jubilación: Si o No Si es si, Tipo_____ y Valor Actual \$_____

SECCION 6 – COMENTARIOS ADICIONALES

SECCION 7 – FIRMA

Yo certifico que la información dentro de esta Aplicación para Asistencia Financiera es precisa y la representación verdadera de mi información financiera. Yo autorizo que Schneck Medical Center verifique la información aquí dentro, incluyendo, pero no siendo limitado, empleo, seguro social, cobertura de seguro médico de gobierno y comercial. Yo entiendo que entregar información falsa puede resultar en la negación de la aplicación para cualquier tipo de asistencia a través de Schneck Medical Center. Si no completo la Aplicación de Asistencia Financiera, incluyendo entregar la documentación de apoyo completa, durante el tiempo establecido con la póliza de Asistencia Financiera de Schneck Medical Center, resultara en la negación de la asistencia financiera. Yo entiendo que puedo ser contactado por un representante de Schneck Medical Center para hablar acerca de mi aplicación y puede ser requerida información adicional y/o que tenga una cita con un consejero financiero para completar esta aplicación para asistencia financiera y ser considerado para el programa de Asistencia Financiera. Yo entiendo que soy responsable por el resto de la cuenta que no sea cubierto por o en parcial por la asistencia financiera. Mi firma abajo otorga permiso para hablar con cualquier grupo listada en la aplicación en la cual la asistencia financiera está siendo considerada.

Paciente (Persona Responsable)

Fecha

Paciente Adicional de más de 18 años

Fecha

Regrese la aplicación complete y copias de la documentación de apoyo a:

Schneck Medical Center

Attn: PFS, Financial Counselor

411 W Tipton St

Seymour IN 47274

O envíe todos los documentos a customerservice@schneckmed.org