

Este cuadro debe ser completado por el personal de Schneck.

Número(s) de cuenta:

Saldo total pendiente:

*****Imprima todas las secciones de esta solicitud. Si alguna pregunta no le aplica, escriba "n/a" o "ninguno" en el espacio en blanco. Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, comuníquese con un asesor financiero al 812-522-0411, ext. 3.**

***Todos los campos deben completarse para que su solicitud sea considerada junto con TODOS los documentos de respaldo en la lista de verificación de la sección 4 ***

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

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

¿Tiene el paciente seguro médico? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, nombre del plan de seguro _____ Número de identificación de la póliza _____

¿El saldo adeudado está relacionado con una lesión laboral o un accidente automovilístico? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, nombre del operador _____ Número de teléfono del operador _____ ID de reclamación _____

SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DEL GARANTE (Persona responsable de pagar la factura)

Nombre del garante _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

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

Dirección de la calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono principal # _____ Otro teléfono # _____

Nombre del empleador _____ Número de teléfono del empleador _____

Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN DEL HOGAR (Enumere a todas las personas que viven en su hogar)

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Nombre del empleador	Otros ingresos (Seguridad social/ Discapacidad/ Desempleo/ Pensión/Manutención infantil/Pensión alimenticia/Alquiler Interés/Otro)
1)		Paciente		
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				

SECCIÓN 4 – LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO (Copias de toda la documentación de respaldo aplicable Debe proporcionarse para que su solicitud sea considerada. Los documentos ***no serán*** ser devuelto.)

X	Documentación de apoyo
	Últimos tres recibos de sueldo de todos los sustentadores del hogar, carta de concesión del seguro social y documentación de pensión, si corresponde.
	Los extractos bancarios más recientes (de cuenta corriente y de ahorros) de todos los miembros de la familia. Todos los extractos bancarios deben incluir el detalle de las transacciones.
	Carta de elegibilidad o negación de desempleo.
	Registros comerciales del año hasta la fecha que muestran los ingresos y gastos permitidos por el IRS para todos los ingresos por cuenta propia, ingresos por alquiler y/o ingresos agrícolas.
	Declaración e información de contacto de cualquier persona que ayude con los gastos de manutención.

SECCIÓN 5 – COMENTARIOS ADICIONALES

SECCIÓN 6 – FIRMA

****Tenga en cuenta que TODOS los miembros del hogar mayores de 18 años deben firmar la solicitud****

Certifico que la información proporcionada en la Solicitud de Asistencia Financiera es una representación precisa y verdadera de mi información financiera. Autorizo a Schneck Medical Center a verificar la información aquí contenida, incluyendo, pero no limitado a, empleo, seguridad social, cobertura de seguro médico gubernamental y comercial. Entiendo que proporcionar información falsa resultará en la denegación de la solicitud para cualquier tipo de asistencia financiera a través de Schneck Medical Center. Mi incumplimiento en completar la Solicitud de Asistencia Financiera, incluyendo proporcionar la documentación de respaldo, en su totalidad dentro del plazo requerido establecido en la Política de Asistencia Financiera de Schneck Medical Center, resultará en la denegación de la asistencia financiera. Entiendo que un representante de Schneck Medical Center puede contactarme para hablar sobre mi solicitud y puede que se me pida que presente documentación adicional y/o me reúna con un Asesor Financiero para completar esta Solicitud de Asistencia Financiera y ser considerado para el programa de asistencia financiera. Entiendo que soy responsable de los saldos de las cuentas no cubiertos o parcialmente cubiertos por la asistencia financiera. Mi firma a continuación otorga permiso para hablar con cualquier parte mencionada en la solicitud para la cual se esté considerando la asistencia financiera.

Paciente (Parte Responsable)

Fecha

Miembro adicional del hogar mayor de 18 años

Fecha

Miembro adicional del hogar mayor de 18 años

Fecha

Devuelva la solicitud completa y copias de la documentación de respaldo a:

Schneck Medical Center

Atención: PFS, Asesor Financiero

411 W Tipton St

Seymour, IN 47274