

Le agradecemos por darnos la oportunidad para servir sus necesidades de atención de salud y por expresar interés en nuestro Programa de Asistencia Financiera.

Sírvase completar esta solicitud y devolvérsenos con **toda la documentación complementaria requerida dentro de 15 días** para evitar una posible denegación de su solicitud. Se mantendrá estrictamente confidencial la información que nos proporciona, y no será utilizada para ningún otro fin distinto al de evaluar su necesidad de asistencia financiera. No compartiremos esta información con ninguna persona u organización ajena a Community Health Network.

<b>Sírvase proporcionar la siguiente información completa y correcta. La información está sujeta a ser verificada. Si hay más de cinco (5) miembros en su hogar sírvase adjuntar una lista adicional.</b>		
Nombre del Paciente (1er nombre, 2do nombre, Apellido)	No. Seguro Social	No. total de miembros del hogar
Domicilio	Fecha de nacimiento	Tel. Hogar/Celular
Ciudad/Estado/Zona postal		Tel. Trabajo
Nombre del Garante		

Los dependientes pueden vivir fuera de su hogar de residencia principal si constan en su declaración de impuestos o en la de su cónyuge.

Indique los nombres de TODOS los miembros de su hogar	Fecha de Nacimiento	No. Seguro Social	Parentesco al Paciente	Seguro Médico
1		- -		Sí / No
2		- -		Sí / No
3		- -		Sí / No
4		- -		Sí / No
5		- -		Si / No

Presupuesto Mensual			
<b>Ingreso Mensual Bruto (GMI por sus siglas en inglés)</b>		<b>Transporte:</b>	
Fuente:	\$	Gasolina y Aceite	
Fuente:	\$	Total	\$ _____
Fuente:	\$	<b>Gastos Médicos/Salud:</b>	
Fuente:	\$	Facturas por pagar	\$ _____
Fuente:	\$	Medicamentos	\$ _____
Total	\$ _____	Total	\$ _____
<b>Gastos Mensuales</b>		<b>Seguro:</b>	
<b>Vivienda:</b>		Para automóvil	\$
Hipoteca/Alquiler	\$	Médico	\$
Total	\$ _____	De Casa/Inquilino	\$
<b>Servicios Públicos:</b>		De Vida	\$
Electricidad/Gas/Agua	\$	Total	\$ _____
Internet/Cable	\$	<b>Déudas:</b>	
Teléfono/Celular	\$	Pago(s) de automóvil	\$
Servicio de recogida de basura	\$	Cuidado de niños	\$
Total	\$ _____	Tarjeta(s) de crédito	\$
<b>Alimentación:</b>		Préstamo de estudiante	\$
Despensa	\$	Varios	\$
Total	\$ _____	Total	\$ _____
<b>Gastos Totales</b>			<b>\$ _____</b>

YO CERTIFICO que la información que he proporcionado del tamaño de mi familia y del ingreso familiar es fiel y exacto. Comprendo que cualquier distorsión de esta información dará lugar a la denegación de la asistencia financiera. Autorizo a Community Health Network que tenga acceso a fuentes adicionales de información para verificar mi calificación para recibir ayuda.

Firma del Solicitante/Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Cónyuge (si es co-solicitante) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Le agradecemos por su solicitud y por la oportunidad que nos ha dado para servir sus necesidades de atención de salud. Sírvase devolver su solicitud completa junto con toda la documentación complementaria al **Número de Fax: 317.355.8778, Email: billinghelp@community.com o la dirección postal: 6435 Castleway West Drive, Indianapolis, IN 46250. Sírvase llamar al 317.355.5555** si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda con esta solicitud. **Le informaremos por escrito sobre nuestra decisión dentro de 45 días del recibo de su solicitud.**