

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.

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

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.**

LISTA DE DOCUMENTOS PARA LA SOLICITUD FINANCIERA

Sírvase enviar una declaración firmada explicando si hay algo que no puede proporcionar.

Solicitud:

- Solicitud de asistencia financiera completa

Prueba de Ingreso Bruto (antes del impuesto) – Para todos los miembros del hogar:

- Los últimos tres talonarios de cheques para todos los miembros del hogar con empleo (p.ej. sueldos, salarios, propinas, comisiones, etc.)
- Evidencia de pensiones, jubilación, compensación por desempleo, beneficios por discapacidad. Esto se necesita por lo menos una vez al año
- Manutención de los hijos/pensión alimenticia
- Carta de aprobación de los beneficios de Seguro Social. – *La declaración del banco no siempre demuestra la cantidad bruta.*
 - (Llame al 1.800.772.1213 para obtener una copia)

Impuestos:

- La declaración “Completa” de impuestos **Federal** del año más reciente en donde usted aparece como dependiente. (Si no tiene la declaración de impuestos, puede visitar www.irs.gov o llamar al 317-685-7500 para ordenar una “transcripción de la declaración de impuestos”). No se acepta la declaración de impuestos Estatal ni los formularios W-2.
 - Si no llena impuestos, o es usted residente permanente legal, sírvase proporcionar una copia de la tarjeta del seguro social y/o evidencia de su ciudadanía.

Declaraciones del Banco:

- Las declaraciones completas del banco por los últimos tres meses para todas las cuentas (incluyendo las cuentas de negocio)
 - Relacionado a las declaraciones de banco, “completa” quiere decir que si la declaración dice, “página 1 de 6”, se necesitan TODAS las 6 páginas aun cuando algunas de ellas hayan sido dejadas en blanco intencionalmente. No se aceptan sumarios de cuentas ni historial de transacciones.

Residencia (si no declara ingreso):

- Declaración de apoyo de la persona(s) que le proporciona alojamiento y comida junto con el nombre de la persona, dirección y lo que recibe de esta persona.
- Verificación de la residencia actual del refugio para desamparados