

Aplicación para Ayuda Financiera

Nombre(s) del paciente (s): _____ # del expediente médico: _____

| GARANTE | | | ESOSO/A | | |
|--|---------------------|---------------------|--|---------------------|---------------------|
| Nombre | Fecha de nacimiento | | Nombre | Fecha de nacimiento | |
| Número de seguro social* | Teléfono de casa | Teléfono de negocio | Número de seguro social* | Teléfono de casa | Teléfono de negocio |
| # de años en la dirección actual: <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Comprando <input type="checkbox"/> Rentando | | | # de años en la dirección actual: <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Comprando <input type="checkbox"/> Rentando | | |
| Calle: _____ | | | Calle: _____ | | |
| Ciudad/Estado/C.P.: _____ | | | Ciudad/Estado/C.P.: _____ | | |
| Dirección previa, si tiene menos de dos años en la dirección actual | | | Dirección previa, si tiene menos de dos años en la dirección actual | | |
| Calle: _____ | | | Calle: _____ | | |
| Ciudad/Estado/C.P.: _____ | | | Ciudad/Estado/C.P.: _____ | | |
| Estado civil*: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero | | | Estado civil*: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero | | |
| El # total que residen en el hogar: _____ | | | El # total que residen en el hogar: _____ | | |
| # de niños dependientes: _____ Edades: _____ | | | # de niños dependientes: _____ Edades: _____ | | |
| Nombre y dirección del empleador | | | Nombre y dirección del empleador | | |
| Puesto/Título: _____ Duración del empleo: _____ | | | Puesto/Título: _____ Duración del empleo: _____ | | |
| Empleador(es) anterior (durante el último año) | | | Empleador(es) anterior (durante el último año) | | |

La documentación de apoyo es obligatoria para todas las partes responsables. Por favor, provea las copias de los documentos mencionados a continuación. Su aplicación no puede ser procesada hasta que estos documentos sean recibidos. Si usted no tiene pruebas de ingresos o no tiene ingresos, por favor incluya una hoja adicional con una explicación.

- **Declaración de impuestos federales** del año pasado y el año en la cual los servicios fueron brindados. Si la declaración del año actual no ha sido declarada, use el año pasado.
- **Comprobante de ingresos** del año actual y el año donde los servicios fueron proporcionados. La fuente de ingresos puede incluir comprobantes de pago, cheques de desempleo o discapacidad, cartas de aprobación de seguro social y/o jubilación.
- **Estado de cuentas bancario** incluyendo todas las transacciones.

| INGRESO MENSUAL | | | | GASTOS MENSUALES DEL HOGAR | | | |
|---|---------|--------------|-----------|--|--|-----------------------------------|-----------|
| | Garante | Co-aplicante | Total | | | | \$ |
| Ingresos brutos | \$ | \$ | \$ | Hipoteca/pago de renta (Circule uno) | | Gastos de guardería | |
| Agricultor/trabajador autónomo | | | | Alquiler del terreno | | Pago de manutención | |
| Pensiones | | | | Retención impuestos federales: # Excepciones _____ | | Tarjetas de crédito (Pago mínimo) | |
| Compensación al trabajador | | | | Retención impuestos estatales | | Pagos de otros prestamos | |
| Intereses/dividendos | | | | Retención 401K/403B | | Medicinas/materiales médicos | |
| Ingresos de alquiler | | | | Impuestos de propiedad | | Pago de automóvil | |
| Incapacidad/SSI | | | | Utilidades, teléfono/celular, prima de seguro | | Pensión alimenticia | |
| Ingreso militar | | | | Recolección de basura | | Otro | |
| Manutención infantil | | | | TV por cable | | | |
| Pensión alimenticia | | | | Comida | | | |
| Desempleo | | | | | | | |
| ADC/Estampillas de comida | | | | | | | |
| Vivienda subvencionada | | | | | | | |
| Total de ingresos mensuales del hogar: | | | \$ | Total de gastos mensuales del hogar: | | | \$ |

| BIENES* | | DEUDAS | |
|---|-------------------------------|--|----------------|
| Descripción | Valor en efectivo o comercial | Descripción | Total de deuda |
| Efectivo | \$ | Préstamo de hipoteca | \$ |
| Cuenta de cheques bancaria | \$ | Nombre de institución financiera: | |
| Nombre de la institución financiera: | | Seguro de propietarios | |
| Cuenta de ahorros | \$ | Si no está incluido en la vivienda | |
| Nombre de la institución financiera: | | Préstamo de auto | |
| Valor neto de seguro de vida/valor del préstamo | | Impuesto de matriculación del auto | |
| El valor estimado de bienes raíces | | Tarjetas de crédito | |
| Valor neto de granja o negocio (incluya declaración de impuestos empresarial) | | Liste otros préstamos y lugar | |
| Fondo de jubilación | | | |
| • Pensiones/anualidades | | | |
| • Cuenta individual de jubilación/401K | | | |
| • Mutuales | | | |
| • Otro | | | |
| Automóviles (marca y año) | | Anote gastos médicos de copago/de bolsillo/o de responsabilidad del paciente | |
| Otros bienes (lanchas, motocicletas, casas rodantes y antigüedades) libro azul/venta al menudeo | | Otro: | |
| Total de los bienes | \$ | Total de las deudas | \$ |

Pacientes de Central City Medical Clinic y Fullerton Medical Clinic – estrellas () estos elementos son opcionales. Bienes, número de seguro social, estado de ciudadanía, estado de vivienda y/o el estado mental no se consideran al determinar la elegibilidad para el programa de descuento de escala de tarifas.

| INFORMACION DE COBERTURA MÉDICA | |
|--|-----------------------|
| ¿Hay cobertura de seguro médico disponible para usted por medio de su empleador u otra fuente? Sí ____ No ____ | |
| ¿Usted participa? Sí ____ No ____ | |
| • Si es sí, proporcione la siguiente información: | Fecha efectiva: _____ |
| Nombre de la compañía de seguro: _____ | |
| Dirección: _____ | |
| Subscriber y numero de póliza: _____ | |
| • Si no, ¿por qué usted eligió no participar?: _____ | |

Yo certifico que toda la información mencionada aquí es cierta y correcta según mi conocimiento. Yo entiendo que la información será usada para determinar mi habilidad para pagar los servicios que me han proporcionado en Bryan Medical Center, Bryan Physician Network, Bryan Heart, Crete Area Medical Center o Merrick Medical Center. También entiendo que si se determina que la información que presento es falsa, esta determinación resultara en una negación de proveer servicios no compensados y que yo seré responsable de los gastos de los servicios proveídos.

| EN SUS PROPIAS PALABRAS, DESCRIBA SU NECESIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Por la presente, otorgo permiso al personal del centro médico que está autorizado a recibir, liberar o actuar según la información financiera expuesta aquí. Por la presente, libero al personal del centro médico designado de responsabilidad por cualquier acción, comunicación o liberación que se haga para seguir tal investigación.

Firma (persona realizando la petición)

Fecha

Para preguntas o para regresar esta aplicación:

Bryan Health
 Servicios Financieros para el Paciente 2300 S. 16th St.
 Lincoln, NE 68502-9907
 Teléfono: 402-481-5791 o 1-877-577-9277
 Fax: 402-481-5721
 Correo electrónico: PFS@bryanhealth.org

Para uso de la Oficina de Bryan Solamente

| | |
|--------------------|--|
| BEES Patient | |
| Medicaid Approved? | |
| If Denied, Why? | |
| FPL | |