



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**No se aceptarán solicitudes para asistencia financiera más de 9 meses después de la fecha en que el paciente o persona que presenta la solicitud se convierta en responsable del saldo de la cuenta del paciente.**

Los pacientes que soliciten asistencia financiera a Appalachian Regional Healthcare System (ARHS) deben evaluarse públicamente para recibir la asistencia gubernamental incluso Medicaid o un seguro a través del mercado.

Para ser considerado para la asistencia financiera, la persona que presenta la solicitud y su cónyuge, si corresponde, deben enviar a ARHS una Solicitud de asistencia financiera completa con prueba de los ingresos y/o activos actuales del hogar que pueden incluir, entre otros:

- Talones de recibo de pago - 2 más recientes
- Declaraciones de la Seguridad Social - (un año anterior y el año en curso)
- Ingreso jubilatorio
- Pensión alimenticia o manutención infantil
- Pagos de veteranos o asignaciones de familiares de militares
- Cheques de compensación por desempleo depósito directo
- Verificación de asistencia pública incluso cupones para alimentos y Ayuda a familias con hijos dependientes
- Dividendos, intereses, ingreso a la renta
- Ganancias netas por apuestas o lotería
- Estados de cuenta corriente - 2 más recientes
- Estados de cuenta de ahorros - 2 más recientes
- Acciones y bonos
- Certificados de depósito
- Efectivo
- Valor en efectivo del seguro de vida
- Declaración de impuestos con formularios W-2 y 1099

Además, se requiere una declaración por escrito firmada de la solicitud de cualquier persona que proporcione residencia y manutención a la persona que presenta la solicitud.

La Solicitud de asistencia financiera debe completarse con toda la información, incluso copias de la documentación enumerada arriba que se aplique al hogar de la persona que presenta la solicitud. La persona que presenta la solicitud y su cónyuge, si corresponde, deben firmar y anotar la fecha en la solicitud.

Si tiene preguntas o necesita información, comuníquese con:

Defensor financiero del paciente en los Servicios financieros para pacientes de ARHS al (828) 262-4110



# Solicitud de asistencia financiera

## Datos demográficos del paciente:

Nombre de la persona que presenta la solicitud: \_\_\_\_\_ Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Dirección de la persona que presenta la solicitud: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

**Lista de miembros de su hogar y sus fechas de nacimiento:** *(El hogar incluye la persona que presenta la solicitud, el cónyuge y los hijos menores de 18 años de edad que sean declarados como dependientes en su declaración del impuesto a la renta.)*  
Sírvese adjuntar una hoja aparte para enumerar miembros adicionales de su hogar.

Persona que presenta la solicitud: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**¿Presentó una solicitud para recibir o recibe asistencia de otra fuente?** (Marque con un círculo la respuesta que corresponda de abajo)

Medicaid	Sí	No	En caso afirmativo, marque con un círculo	Aceptada	Denegada
Appalachian Healthcare Project	Sí	No	En caso afirmativo, marque con un círculo	Aceptada	Denegada

**En el caso de que una persona que presenta la solicitud no tenga ingresos, activos y/o gastos, deberá incluir en su solicitud una declaración para divulgar la falta de ingresos, activos y/o gastos. Además, la persona que presenta la solicitud deberá proporcionar una declaración de una persona que proporcione vivienda y/o manutención a la persona que presenta la solicitud que divulga la provisión de dicho apoyo.**

## Ingreso:

### Ingreso del año anterior:

¿Presentó una declaración de impuestos el año pasado? (Marque con un círculo la respuesta adecuada)

Sí Proporcione una copia de la declaración de impuestos.

No Motivo: \_\_\_\_\_ Proporcione evidencia de ingresos del año anterior si los hubiera.

**En el caso de que no haya recibido ingresos en el año anterior, proporcione una declaración aprobada por un testigo para tal efecto.**

**Ingreso del año en curso:** Escriba "N/A" en cualquier opción que no se aplique a su hogar. Marque con un círculo si se trata de ingresos Mensuales o Anuales. (Los ingresos actuales pueden demostrarse mediante dos (2) talones de recibo más recientes o, en el caso de depósito directo, dos (2) estados de cuenta bancarios más recientes excepto para salarios brutos, que deben demostrarse mediante dos (2) talones de pago más recientes incluso si se depositan directamente)

**Empleador de la persona que presenta la solicitud:** \_\_\_\_\_ Salario bruto: \$ \_\_\_\_\_ Mensualmente Anualmente  
Debe proporcionar los dos talones de pago o estados de cuenta más recientes, no puede usar declaraciones bancarias.

**Empleador del cónyuge:** \_\_\_\_\_ Salario bruto: \$ \_\_\_\_\_ Mensualmente Anualmente  
Debe proporcionar los dos talones de pago o estados de cuenta más recientes, no puede usar declaraciones bancarias.

Seguridad Social:	\$ _____	Mensualmente	Anualmente
Ingreso jubilatorio:	\$ _____	Mensualmente	Anualmente
Compensación por desempleo:	\$ _____	Mensualmente	Anualmente
Pagos de veteranos o asignaciones de familiares de militares:	\$ _____	Mensualmente	Anualmente
Asistencia pública/gubernamental: (incluso cupones para alimentos y Ayuda a familias con niños dependientes)	\$ _____	Mensualmente	Anualmente
Pensión alimenticia o manutención infantil:	\$ _____	Mensualmente	Anualmente
Ingreso por rentas:	\$ _____	Mensualmente	Anualmente
Dividendos y/o intereses de inversiones:	\$ _____	Mensualmente	Anualmente
Ganancias netas por apuestas o lotería:	\$ _____	Mensualmente	Anualmente
Otro ingreso: _____	\$ _____	Mensualmente	Anualmente

(Adjunte una hoja aparte para enumerar fuentes de ingreso adicionales).

Gastos mensuales totales (préstamos, servicios públicos, médicos, etc.): \$ \_\_\_\_\_

**Activos:** marque con un círculo para indicar si son de propiedad individual o conjunta.  
Efectivo: Adjunte los dos (2) estados de cuenta más recientes que respalden los saldos divulgados.

Cuenta corriente:	\$ _____	Saldo al _____	Individual	Conjunto
Cuenta de ahorros:	\$ _____	Saldo al _____	Individual	Conjunto
Certificados de depósito:	\$ _____		Individual	Conjunto
Acciones y/o bonos:	\$ _____		Individual	Conjunto
Anualidades:	\$ _____		Individual	Conjunto
Jubilación: (incluye 401K, 403B, IRA, etc)	\$ _____		Individual	Conjunto
Valor en efectivo del seguro de vida	\$ _____		Individual	Conjunto

**Bienes raíces:** Adjunte declaraciones de impuestos a la propiedad

Residencia principal     Alquiler     Propia    Pago mensual: \$ \_\_\_\_\_

Residencia secundaria                       Sí     No

Otros bienes raíces (propiedad en alquiler)     Sí     No

**CERTIFICACIÓN:**

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud está completa y es verdadera a mi leal saber y entender. Estoy al tanto de que proporcionar información falsa puede resultar en la revocación de mi elegibilidad y que el saldo de la cuenta del paciente a la que se aplica esta elegibilidad se someta a esfuerzos de cobro estándar de ARHS, que incluyen, entre otros, la asignación a una agencia de cobro. Autorizo lo divulgación de cualquier información financiera solicitada por Appalachian Regional Healthcare System relacionada con la consideración de esta solicitud.

Firma de la persona que presenta la solicitud: \_\_\_\_\_ (Sello) Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge: \_\_\_\_\_ (Sello) Fecha: \_\_\_\_\_