

# SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA & CUIDADOS COMUNITARIOS

**Forma Completada por:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

AVAL: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Fecha de Empleo: \_\_\_\_\_

Dirección de Empleo: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Si Ud. está desempleado, última fecha que trabajo: \_\_\_\_\_

**Fecha en que lleno la forma:** \_\_\_\_\_

**# Seguro Social:** \_\_\_\_\_ **FDN:** \_\_\_\_\_

ESPOSO (A): \_\_\_\_\_ Relación con paciente: \_\_\_\_\_

Dirección de Esposo (a): \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Fecha de Empleo: \_\_\_\_\_

Dirección de empleo: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Si Ud. está desempleado, última fecha que trabajo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: (favor de verificar uno)  Casado  Soltero  Separado  Divorciado  Viudo

**Ingreso mensual presentado por el aval (y su esposo (a) si aplica):**

Ingreso mensual: \_\_\_\_\_ Ingreso Bruto: \_\_\_\_\_ Ingreso Neto: \_\_\_\_\_

Tiempo completo  Medio Tiempo Pago por Hr \_\_\_\_\_

Posición del trabajo: \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Incapacidad  SI Retir  del SS Beneficios de

Sobrevivientes

SSDI Solicitada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Pensión: \_\_\_\_\_ Ingresos por Renta: \_\_\_\_\_

Desempleo: \_\_\_\_\_ Certificado DEP/IRA: \_\_\_\_\_

401 K: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Balance Promedio Mensual Cuenta Cheques: \_\_\_\_\_

Nombre del Banco: \_\_\_\_\_

Balance Cuenta de Ahorros: \_\_\_\_\_

Nombre del Banco: \_\_\_\_\_

Ingreso mensual: \_\_\_\_\_ Ingreso Bruto: \_\_\_\_\_ Ingreso Neto: \_\_\_\_\_

Tiempo completo  Medio Tiempo Pago por Hr \_\_\_\_\_

Posición del trabajo: \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Incapacidad  SI Retir  del SS Beneficios de

Sobrevivientes

SSDI Solicitada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Pensión: \_\_\_\_\_ Ingresos por Renta: \_\_\_\_\_

Desempleo: \_\_\_\_\_ Certificado DEP/IRA: \_\_\_\_\_

401 K: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Balance Promedio Mensual Cuenta Cheques: \_\_\_\_\_

Nombre del Banco: \_\_\_\_\_

Balance Cuenta de Ahorros: \_\_\_\_\_

Nombre del Banco: \_\_\_\_\_

DEPENDIENTES	EDADES	CUSTODIA CONJUNTA  SÍ/NO	¿El niño vive con Ud.? Sí/No ¿Cuánto tiempo?	¿Está el otro padre en ausencia médica? SÍ/NO	Soporte Mensual	Pago recibido

# SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA & CUIDADOS COMUNITARIOS

## Bienes

Marca/Modelo de Carro: \_\_\_\_\_ Dueño/Rentado: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Balance pendiente por pagar: \_\_\_\_\_  
Marca/Modelo de Carro: \_\_\_\_\_ Dueño/Rentado: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Balance pendiente por pagar: \_\_\_\_\_  
Valor de Bienes y raíces: \_\_\_\_\_ Balance de la Hipoteca: \_\_\_\_\_

¿Ud. realizó sus impuestos el año pasado?     Sí (copia adjunta)     No    Razón: \_\_\_\_\_

## Gastos Mensuales de su Hogar:

Renta: \_\_\_\_\_ Cable de televisión: \_\_\_\_\_ Comida: \_\_\_\_\_  
Hipoteca: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Pago de carro: \_\_\_\_\_  
Impuestos del estado: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Gasolina: \_\_\_\_\_  
Calefacción: \_\_\_\_\_ Guardería: \_\_\_\_\_ Clases particulares: \_\_\_\_\_  
Electricidad: \_\_\_\_\_ Medicinas: \_\_\_\_\_ Ropa: \_\_\_\_\_  
Otros (contribuciones diferidas de impuestos): \_\_\_\_\_  
Agua/Basura: \_\_\_\_\_ Gastos de seguro: \_\_\_\_\_ Carro    Casa    Vida    Salud  
Comentarios: \_\_\_\_\_

## Cuentas Pendientes por Pagar del Aval: Hogar/Doctores Familiares/Otras Facturas (esposo (a), si aplica)

Hospital/Doctor/Clínica (lista de nombres)	Balance:	Pago mensual:
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

## Préstamos Bancarios o Tarjetas de Crédito o Facturas Pendientes:

Lista de Nombres:	Balance:	Pago mensual:
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

(Si Ud. tiene gastos adicionales, por favor adjunte una hoja por separado)

Yo entiendo que esta información solo será utilizada para determinar mi responsabilidad financiera por mis gastos efectuados en el Centro de Cuidados de Salud de Sauk Prairie y será confidencial. Mi firma autoriza al Centro de Cuidados de Salud de Sauk Prairie para verificar toda la información proporcionada en esta forma.

De acuerdo a mi conocimiento, la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta.

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA & CUIDADOS COMUNITARIOS

Firma del Padre/Aval: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que llene la forma, si es diferente del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para poder considerar su evaluación para el programa de cuidados comunitarios, por favor incluya los siguientes documentos:

- Forma financiera completada: (ambas páginas llenadas por completo y firmadas)
  - Impuestos **Federales** del año pasado, incluidos los impuestos de otros ingresos y deducciones (si procede)
  - Recibos de pago actual/declaración de desempleo
  - Si Ud. actualmente no trabaja o no ha presentado sus impuestos, por favor envíe una carta explicando cómo puede Ud. pagar sus gastos diarios. Si Ud. recibe Ingresos del Seguro Social debido a su edad o una incapacidad, por favor incluya una copia de su declaración de beneficios de la Administración del Seguro Social o una copia de su cuenta del banco mostrando el depósito directo.
  - Copia de comprobante de su cuenta de cheques & ahorros
  - Declaración de Hipoteca que muestre la deuda pendiente, si Ud. es dueño de su casa
  - Forma del valor de la vivienda mostrando el balance por pagar, si Ud. es dueño de su casa
- Forma llenada con el paciente telefónicamente:

# **SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA & CUIDADOS COMUNITARIOS**

# **SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA & CUIDADOS COMUNITARIOS**