



Fecha:

Estimado/a:

Adjunto encontrará un "Informe financiero personal", que se usará para determinar si cumple con los requisitos para recibir asistencia financiera. Para que podamos procesar su solicitud de asistencia, deberá completar todo el formulario y firmarlo, y enviar copias de los siguientes documentos en un plazo de quince (15) días calendario:

- Todas las fuentes de ingresos de los últimos tres meses.
- Copias de los recibos de sueldo más recientes correspondientes a los últimos tres meses de los miembros responsables del hogar. Se incluyen los pagos por discapacidad.
- Informes de todas las cuentas bancarias, certificados de depósito, acciones, bonos, bienes inmuebles, planes 401(k), etc.
- Las declaraciones de impuestos estatales y federales más recientes, incluidos los formularios W-2 y los Anexos C, D, E y F. Si no completó una declaración de impuestos, deberá presentar una constancia del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Services, IRS) que acredite que no la presentó. Para ello, llame al IRS al **800.829.1040**.
- Si no tiene empleo, también aceptamos una constancia de la Oficina de Desempleo que acredite que no está trabajando y desde qué fecha.
- Tarjetas de seguro de salud.

Es fundamental que presente todos los documentos mencionados, incluido el Informe financiero personal completado y firmado. Sin dicha información, no podremos procesar su solicitud, y quedará sujeto a la Política financiera de OrthoIndy Hospital. **Necesitamos su firma para obtener el informe crediticio.**

Si tiene alguna pregunta o dificultad para obtener la información requerida, llame a nuestro gerente de Servicios Financieros para Pacientes al **317.773.4225**.

Atentamente,
Servicios Financieros para Pacientes

Número de cuenta del paciente: _____ Fecha límite de devolución: _____

El estado financiero personal **debe** completarse y devolverse en el sobre con la dirección preimpresa en un plazo de 10 días hábiles. **Tendrá que adjuntar tres meses de recibos de sueldo actuales o la verificación del seguro social, además de la declaración de impuestos de este año, para la verificación de ingresos.**

Si el estado financiero personal no está completo, o si la información solicitada no ha sido enviada, no se considerará la solicitud de asistencia.

Información del paciente

Nombre del paciente: _____ Número de cuenta: _____
Nombre del garante: _____ Número de teléfono: _____
Dirección: _____ ☐ Alquiler ☐ Propiedad
Número del Seguro Social: _____
Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a Cantidad de dependientes: _____
Dependiente: _____ Edad: _____ Dependiente: _____ Edad: _____
Dependiente: _____ Edad: _____ Dependiente: _____ Edad: _____
Dependiente: _____ Edad: _____ Dependiente: _____ Edad: _____

Empleo

Empleador del garante: _____ Años de empleo: _____
Dirección: _____
Salario: _____ Por: ☐ Semana ☐ Mes ☐ Año Puesto: _____
Empleador del garante: _____ Años de empleo: _____
Dirección: _____
Salario: _____ Por: ☐ Semana ☐ Mes ☐ Año Puesto: _____
Empleador del/de la cónyuge: _____ Años de empleo: _____
Dirección: _____
Salario: _____ Por: ☐ Semana ☐ Mes ☐ Año Puesto: _____

Otro ingreso mensual (marque los que correspondan):

☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): \$ _____ ☐ Jubilación: \$ _____
☐ Ayuda a Niños Dependientes (ADC): \$ _____ ☐ Manutención de hijos: \$ _____
☐ Desempleo: \$ _____ ☐ Beneficios de Asuntos de los Veteranos (VA): \$ _____
☐ Otro: _____
Cupones de alimentos: ☐ Sí ☐ No

Información del seguro

¿Tiene seguro para cubrir los costos del hospital? ☐ Sí ☐ No
¿Ha solicitado Medicaid? ☐ Sí ☐ No ¿Fue aprobado? ☐ Sí ☐ No ☐ Denegado
Nombre del trabajador social: _____ Número de teléfono: _____
Nombre del seguro primario: _____ Número de póliza: _____
Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de entrada en vigor: ____/____/____
Nombre del seguro secundario: _____ Número de póliza: _____
Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de entrada en vigor: ____/____/____

Número de cuenta del paciente: _____ Fecha límite de devolución: _____

Activos

Nro. de cuenta corriente: _____ Banco: _____ Saldo: _____

Dirección: _____

Nro. de cuenta de ahorros: _____ Banco: _____ Saldo: _____

Dirección: _____

Otros activos

Marque las opciones que correspondan: ☐ Certificado de depósito (CD) ☐ Bonos de ahorro

☐ Acciones ☐ Fondos fiduciarios ☐ Otro

Institución financiera: _____ Valor total: _____

Institución financiera: _____ Valor total: _____

Institución financiera: _____ Valor total: _____

Bienes raíces/vivienda

Valor estimado de la vivienda: _____ Saldo de la hipoteca: _____

(El monto que espera recibir por la venta de su vivienda).

Por el presente, certifico que las respuestas dadas a las preguntas anteriores son correctas y verdaderas a mi leal saber y entender.

Firma

_____/_____/_____
Fecha

Se puede agregar información adicional en el espacio a continuación y en páginas extra si es necesario.

Si tiene alguna pregunta acerca de la información solicitada, llame al **317.773.4225**.

Por el presente, autorizo a OrthoIndy Hospital a obtener un informe crediticio sobre mí y mi cónyuge:

Firma

_____/_____/_____
Fecha

Firma y toda la información aplicable requerida para continuar con el proceso de solicitud.