



## Solicitud de ayuda financiera

Se necesita documentación adicional que apoye la información proporcionada en su Solicitud de ayuda financiera. Favor de incluir lo siguiente:

1. **Declaraciones de impuestos de los últimos dos años.**
2. **Estados de cuenta bancarios de los últimos dos meses (cuentas de cheques y ahorro).**
3. **Los dos recibos de nómina más recientes.**
4. **Copia de todos los recibos mensuales al corriente.**
5. **Cualquier otro documento que respalde su situación financiera.**

Si esta información inicial no se entrega con la solicitud, su solicitud será rechazada automáticamente.

### Formulario de solicitud de declaración financiera

Paciente:		Cuenta #:	
Cuenta #	Cuenta #:	Cuenta #:	
<b>Se deben contestar todas las preguntas.</b> Ponga N/A si no aplica. Use la segunda hoja de papel para información adicional			
<b>Paciente</b> (si el paciente es un menor, ponga la información del padre)			
Nombre:		# de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
Dirección:		Ciudad, estado, código postal:	
N.º de teléfono	¿Cuánto tiempo ha residido allí?	Estado civil:	
Dirección anterior:			
Empleador y dirección:			
Empleador anterior y dirección:			
<b>Nombres de los dependientes</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b># de Seguro Social</b>	<b>Viviendo en su hogar</b>
Pariente más cercano que no viva con usted:		N.º de teléfono:	
Dirección:		Parentesco:	
<b>Cónyuge</b> (si el paciente es un menor, dé la información de la madre)			
Nombre:		# de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
Dirección:		Ciudad, estado, código postal:	
N.º de teléfono	¿Cuánto tiempo ha residido allí?	Estado civil:	
Dirección anterior:			
Empleador y dirección:			
Empleador anterior y dirección:			
<b>INFORMACIÓN FINANCIERA:</b> (Incluya TODOS los ingresos familiares)			
Ingreso bruto familiar \$	Ingreso neto familiar mensual \$	Otros ingresos \$	
Seguro Social \$	Jubilación/Pensión \$	IRA \$	
Certificado de depósito \$	Acciones/Bonos/ Anualidades \$	Prestaciones sociales	Vales de despensa
Casa: Propia De renta Comprando Otro	Pago mensual \$		
Pagado a:	Valor de la propiedad \$	Saldo por pagar \$	
<b>Vehículos: Año/Marca/Modelo</b>	<b>Pago mensual del auto</b>	<b>Saldo por pagar</b>	<b>Pagado a</b>

**Información financiera (continúa)**

<b>GASTOS MENSUALES</b> (Incluya los pagos <b>SOLO</b> si no son deducidos por su empleador de su cheque de nómina)					
	<b>Al corriente Vencido</b>		<b>Al corriente Vencido</b>		
Renta o pago de casa	\$	\$	Guardería	\$	\$
Electricidad	\$	\$	Teléfono	\$	\$
Gas/Gasóleo	\$	\$	Gasolina	\$	\$
Agua, alcantarillado, basura	\$	\$	Comestibles	\$	\$
Pensión alimenticia hijos	\$	\$	Seguro médico	\$	\$
Seguro de automóvil	\$	\$	Seguro de vida	\$	\$
Medicamentos	\$	\$	Multas/Embargos	\$	\$
Pago del automóvil	\$	\$	Otro _____	\$	\$

<b>Facturas médicas, tarjetas de crédito, préstamos y otras deudas</b> (incluya cualquier impuesto, cuota, etc.) <b>Saldo Mensualmente</b>			
<b>Monto adeudado</b>		<b>Pago</b>	
Nombre	Dirección, ciudad, estado y código postal	\$	\$
Nombre	Dirección, ciudad, estado y código postal	\$	\$
Nombre	Dirección, ciudad, estado y código postal	\$	\$
Nombre	Dirección, ciudad, estado y código postal	\$	\$
Nombre	Dirección, ciudad, estado y código postal	\$	\$
Nombre	Dirección, ciudad, estado y código postal	\$	\$
Nombre	Dirección, ciudad, estado y código postal	\$	\$
Nombre	Dirección, ciudad, estado y código postal	\$	\$

**Autorización para divulgación de información:**

Por medio del presente autorizo a cualquier hospital o médico que me haya atendido, a todas y cada una de las entidades del condado de Idaho, al Departamento de Salud y Bienestar del estado de Idaho, a todos los organismos del gobierno federal (p. Ej., Administración de Seguridad Social, Administración de los Veteranos) y a todos los acreedores, instituciones bancarias y crediticias a divulgar toda y cualquier información que puedan tener concerniente a mí y a cualquier miembro de mi familia a Teton Valley Health Care, para inspección y/o copiado de la misma, a solicitud. Adicionalmente, autorizo a Teton Valley Health Care a obtener mi informe de crédito a fin de verificar toda la información financiera. Esta información comprende, entre otra, solicitudes, decisiones, expedientes o registros, médicos y no médicos, informes, cuentas, recibos y facturas. Además, autorizo a Teton Valley Health Care a divulgar cualquier información que pueda tener o recibir pertinente a cualquier solicitud que yo tenga o vaya hacer para ayuda por parte de cualquier entidad municipal, estatal o federal. Podrá utilizarse una fotocopia de esta autorización en vez del original.

Firmada \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**Información financiera (continúa)**

1. Comprobantes de todos los ingresos brutos (antes de impuestos) de la parte responsable. Lo que incluye recibos de nómina o declaración de impuestos federal del año anterior, pensión alimenticia para hijos, pensión para cónyuge, o declaración de ingreso de seguridad social; y/o carta de compensación por desempleo.
2. Comprobantes de domicilio, como copia de uno de los siguientes documentos: Recibo de gas, luz, teléfono o servicio de cable o recibo de renta, estado de cuenta de tarjeta de crédito, licencia de manejo o identificación estatal.

*Mediante mi firma a continuación, certifico haber leído detenidamente esta solicitud y que todo lo que he declarado o proporcionado en cualquier documento anexo es cierto a mi mejor saber y entender. Entiendo que es ilegal presentar a sabiendas información falsa con el fin de obtener ayuda financiera.*

Firma de la parte responsable \_\_\_\_\_ Fecha en que se realizó \_\_\_\_\_

**Si usted informó un ingreso de \$0.00 en la primera página, favor de hacer que la(s) persona(s) que les ayudan a usted o su familia llene(n) la Declaración de manutención a continuación.**

**Declaración de manutención** (Para ser llenada por la persona que proporciona la manutención).

He sido identificado por el solicitante como la persona que proporciona la manutención. A continuación se presenta una lista de todos los servicios y ayuda que proporcione al solicitante.

---



---



---



---



---



---

Por medio del presente certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Entiendo que mi firma no me hace responsable de los cargos por gastos médicos del paciente.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección de correo postal \_\_\_\_\_ Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

**Información del seguro médico del paciente**

¿Tenía seguro médico cuando recibió los servicios? **SÍ NO** (encierre una respuesta en un círculo)

Si contestó **“SÍ”**, favor de adjuntar una copia del frente y reverso de su tarjeta del seguro, y llene la siguiente información:

Nombre de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la aseguradora \_\_\_\_\_

**Para uso exclusivo del hospital**

**Mediante mi firma al calce afirmo que a mi mejor saber y entender la información en esta solicitud es correcta.**

Firma del representante de TVHC \_\_\_\_\_ Fecha en que se llevó a cabo \_\_\_\_\_