



SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

800 North Fant Street, Anderson, South Carolina 29621

Nombre Completo:		CUENTA#:	FDN:
Dirección:		SS: - -	
Tel Res: - -	Tel Cel: - -	Distrito:	Estado Civil:
Email :			
Residente/Ciudadano: Sí No	Lugar Nacimiento:	Años en EE UU:	
Contacto en Emergencia:		Tel: - -	
Nombre Compañía de Seguro:			
Asegurado Principal:		Póliza #	
Grupo #:		Fecha Efectividad:	

MIEMBROS DE LA FAMILIA (TODOS)

Nombre	Fecha de Nacimiento	# Seguro Social	Relación con el Paciente	Sexo/Raza
		- -		/
		- -		/
		- -		/
		- -		/
		- -		/
		- -		/

Empleo Actual:	Tel: - -	Salario \$	Hora/Semana
Título:		Fecha de Empleo:	
Empleo Anterior:	Título:		
Empleo Cónyuge:	Tel: - -	Salario \$	Hora/Semana
Título:		Fecha Empleo:	
COBRA: ¿Algún miembro de la familia perdió su empleo en los últimos 60 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Recibió notificación de elegibilidad bajo COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Elegió cobertura bajo COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si no eligió cobertura bajo COBRA, favor de marcar una: <input type="checkbox"/> la prima es muy costosa <input type="checkbox"/> cobertura nueva			

Ingreso Bruto	Ingreso del Paciente	Ingreso del Cónyuge
Salarios	\$	\$
Pensión/Retiro	\$	\$
Retiro Seguro Social	\$	\$
Incapacidad Seguro Social/SSI	\$	\$
Beneficio de Veteranos	\$	\$
Desempleo	\$	\$
Manutención de los Hijos	\$	\$
Asistencia Vivienda/Utilidades	\$	\$
Cupones de Alimento	\$	\$
Pensión Alimentaria	\$	\$
Otros Ingresos	\$	\$

Propiedad a su Nombre	Impuestos Propiedad	Préstamo	Compañía Hipotecaria
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

OTROS

Año/Marca/Modelo de algún Vehículo/Bote/Motocicleta/Remolque/RV	Impuesto sobre el valor:	Préstamo	Banco/Prestatario
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

Cuentas	Cantidad	Institución y Localización	Cuenta #	Conjunta	Individual
Cheques	\$				
Cheques	\$				
Ahorros	\$				
Ahorros	\$				
CDs	\$				
Acciones/Bonos	\$				
IRA / 401K	\$				

Certifico mediante mi firma que la información ofrecida en esta Solicitud de Ayuda Financiera es cierta, exacta y completa, de acuerdo a mi mejor entendimiento. Autorizo a esta institución hospitalaria a comunicarse con cualquier persona, organización o compañía para verificar la información proporcionada. También autorizo a dicha persona, organización o compañía a divulgar a esta institución hospitalaria toda la información financiera solicitada. La institución hospitalaria me ha proporcionado información acerca de las opciones disponibles con respecto a seguros médicos. Si la institución hospitalaria determina mi elegibilidad para recibir cobertura, tal como la de *Medicaid*, accedo a cooperar con los esfuerzos que realice dicha facilidad para obtener los beneficios.

Firmas

Fecha

Testigo

Paciente/Padre o Madre:		
Representante del Paciente:		
AVISO: En caso de menores, se requiere la firma del Padre o Madre.		
Información adicional que desee ofrecer:		

Una vez completada envíe la solicitud a:
 AnMed Health
 Atención: Consultores Financieros
 800 N Fant St
 Anderson SC 29621