

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Favor de llenar esta solicitud lo más completamente posible y devolverla dentro de un plazo de diez días hábiles. Su aplicación no está completa sin pruebas de ingresos y bienes. Por favor no envíe documentos originales, debido a que no podemos regresarle estos documentos. Si declara un ingreso de \$0, favor de proveer una pequeña explicación de como usted esta cumpliendo con sus gastos mensuales. Si usted desea proporcionarnos información adicional con la que usted siente que nos ayudaría a entender mejor su situación, favor de agregar una carta a la solicitud.

USTED TAMBIÉN DEBERÁ DAR PRUEBA DE INGRESOS FAMILIARES BRUTOS E INFORMACION DE BIENES. PUEDE SER EN FORMA DE:

INGRESOS

1. LOS ÚLTIMOS CUATRO TALONES DE PAGO
2. LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES (1040) Y ALGÚN ANEXO ADJUNTO
3. CARTA DE VERIFICACIÓN DE LOS BENEFICIOS O 1099
4. ESTADO DE CUENTA DEL PAGO DE PENSION ALIMENTICIA

BIENES

1. ESTADOS DE CUENTA BANCARIOS RECIENTES QUE RESPALDEN EL VALOR INDICADO PARA CUENTAS CORRIENTES/DE AHORRO, CERTIFICADOS DE DEPOSITO, VALORES Y/O LIQUIDACIONES FINANCIERAS

Por favor escriba con letra de molde toda la información utilizando solamente tinta NEGRA

DATOS DEL PACIENTE

| | | | | | |
|-------------------------|---------------------|-------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------|
| Primer Nombre | | Segundo Nombre | | Apellido (s) | |
| Número de Seguro Social | Fecha de Nacimiento | Estado Civil S C D V | Sexo M F | No. de Teléfono | |
| Dirección | | Ciudad | | Estado | Código Postal |
| Profesión | Nombre del Patrón | ¿Duración en empleo? | Tiempo Completo Medio Tiempo | ¿Cuántas horas por semana? | |

INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE

Correo Electrónico:

| | | | | | |
|-------------------------|---------------------|-------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------|
| Primer Nombre | | Segundo Nombre | | Apellido (s) | |
| Número de Seguro Social | Fecha de Nacimiento | Estado Civil S C D V | Sexo M F | No. de Teléfono | |
| Dirección | | Ciudad | | Estado | Código Postal |
| Profesión | Nombre del Patrón | ¿Duración en empleo? | Tiempo Completo Medio Tiempo | ¿Cuántas horas por semana? | |

RESPONSIBLE PARTY'S SPOUSE INFORMATION

| | | | | | |
|-------------------------|---------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------------|--|
| Primer Nombre | | Segundo Nombre | | Apellido (s) | |
| Número de Seguro Social | Fecha de Nacimiento | Sexo M F | No. de Teléfono | | |
| Profesión | Nombre del Patrón | ¿Duración en empleo? | Tiempo Completo Medio Tiempo | ¿Cuántas horas por Semana? | |

PERSONAS DEPENDIENTES (Enlítese a usted mismo, cónyuge, dependientes de acuerdo con la ley)

| Nombre | Edad | Relación | Nombre | Edad | Relación |
|--------|------|----------|--------|------|----------|
| 1. | | | 4. | | |
| 2. | | | 5. | | |
| 3. | | | 6. | | |

Continúa en el otro lado

BIENES (Deberá proveer prueba de valor) cantidad en dólares:

| | |
|-------------------------|-------|
| Efectivo en Mano | _____ |
| Cuentas de Ahorro | _____ |
| Cuentas Corrientes | _____ |
| Certificado de Depósito | _____ |
| Títulos en Valores | _____ |
| Valor de la Casa | _____ |
| Otros Bienes Inmuebles | _____ |
| Otro | _____ |
| TOTAL | _____ |

Información de los Vehículos

| Marca y Modelo | Año | Valor |
|----------------|-----|-------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |

INGRESO MENSUAL BRUTO (Se solicita prueba de ingresos)

| | |
|-----------------------------|-------|
| Solicitante | _____ |
| Esposo (a) del Solicitante | _____ |
| Ingreso de Seguridad Social | _____ |
| Pensión de Veteranos | _____ |
| Pensión | _____ |
| Desempleo | _____ |
| Indemnización Laboral | _____ |
| Ingresos por Intereses | _____ |
| Ingresos por Dividendos | _____ |
| Pensión por Hijos Menores | _____ |
| Pensión Alimenticia | _____ |
| Ingresos por Arrendamientos | _____ |
| Otro | _____ |
| Otro | _____ |
| TOTAL | _____ |

Califico para Cupones de Comida (Food Stamps). Sí No

LIQUIDACIONES FINANCIERAS (Deberá proveer prueba de valor):

| | |
|--------------|-------|
| Seguro | _____ |
| Herencia | _____ |
| Otro | _____ |
| TOTAL | _____ |

Yo, (su nombre) _____,
 doy solemnemente fe que la información aquí contenida en esta solicitud es verdadera y fiel a mi pleno conocimiento.

Firma del Paciente, Padre, Cónyuge o Representante Legal

Fecha

DEUDAS**cantidad en dólares:**

| | |
|------------------------------------|-------|
| Saldo del Préstamo de la Vivienda | _____ |
| Saldo del Préstamo del Carro | _____ |
| Saldos de las Tarjetas de Crédito: | _____ |
| 1. | _____ |
| 2. | _____ |
| 3. | _____ |
| Otras deudas: | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| TOTAL | _____ |

PAGOS MENSUALES

| | |
|--|-------|
| Hipoteca PITI (Capital, Interés, Impuestos y Seguro) | _____ |
| Renta | _____ |
| Servicios Públicos (Electricidad, Agua, Gas, etc.) | _____ |
| Gasolina para Vehículo(s) | _____ |
| Teléfono/Celular | _____ |
| Cable/Internet | _____ |
| Comestibles/Necesidades del Hogar | _____ |
| Muebles | _____ |
| Pago del Auto | _____ |
| Ropa | _____ |
| Estancia Infantil | _____ |
| Pensión para Hijos Menores | _____ |
| Pensión Alimenticia | _____ |
| Tarjetas de Crédito | _____ |
| Plan de Pago de Deuda Commerce Bank | _____ |
| Pagos de Facturas Médicas: | |
| 1. | _____ |
| 2. | _____ |
| Seguro: | |
| Auto | _____ |
| Propiedad | _____ |
| Médico | _____ |
| Pagos por Préstamos: | |
| 1. | _____ |
| 2. | _____ |
| TOTAL | _____ |

Enviar a: Deaconess Financial Assistance
 P.O. Box 3366, Evansville, IN 47732

Correo electrónico: Financial.Assistance@deaconess.com

Teléfono: 812-450-3435 **Fax:** 812-450-5261

Procesar su aplicación podría tomar de 10 a 14 días. Si se necesita información adicional o sus saldos están actualmente en un plan de pagos de Commerce Bank, se necesitará un tiempo adicional de procesamiento. Durante el consejo del proceso de asesoría financiera, determinaremos si usted cumple los requisitos para la cobertura de seguro médico a través de programas federales o estatales como Medicaid. Si usted es elegible para uno de estos programas, le solicitaremos que aplique para la cobertura. Nuestro equipo en The WellFund lo contactará. Se puede comunicar con ellos al 812-450-2124 o 855-365-9300 si usted tiene alguna pregunta sobre solicitar para la cobertura.