



Por favor complete la aplicación de Asistencia Financiera Medica. La aplicación debe ser devuelta a nosotros para el \_\_\_\_\_

Por favor incluya prueba de ingresos desde Enero hasta la fecha en curso de cualquiera de estas fuentes:

1. Talones de cheque de su trabajo o carta de su empleador que incluya sus ganancias del año a la fecha en curso. Trabajadores por cuenta propia deben incluir una copia completa de su declaración de impuestos personales del 20\_\_ y declaraciones de impuestos de su negocio del 20\_\_.
2. Talones de cheque de Compensación al trabajador del año hasta la fecha en curso.
3. Talón de cheque de desempleo o prueba por escrito de que usted no sea elegible para beneficios. Necesitamos una copia de cada talón de cheque o una impresión que muestre la cantidad que usted ha recibido por el año. Esta información la puede obtener en <https://cwam.unemployment.state.mi.us>
4. Talón de cheque del Seguro Social, Estado de cuenta bancaria que muestre depósito directo o copia de una carta mostrando el beneficio mensual.
5. Manutención de menores recibida por el Amigo de la Corte o la ReliaCard. Usted puede obtener información de la ReliaCard [www.reliacard.com](http://www.reliacard.com).
6. Pruebas de ingreso de cualquier otra fuente.
7. Estudiantes deben proveer copia de cualquier ayuda financiera, becas o préstamos estudiantiles que haya recibido, copia de los gastos de matrícula y recibos por los libros de texto.

Una denegación por escrito del Departamento de Servicios Humanos es necesaria por cualquier paciente menor de 21 años de edad cuando no tienen cobertura de otra compañía de seguro de salud. Los pacientes sin seguro de salud están bajo la obligación de aplicar por el Plan de Salud de Michigan (Healthy Michigan Plan). Una denegación de cobertura necesita ser incluida con su aplicación.

Por favor incluya una copia de su impuesto sobre bienes inmuebles cuando nos devuelva la aplicación.

**LAS SOLICITUDES SIN PRUEBAS DE INGRESOS SERAN DENEGADAS**

El hospital de Bronson le notificara de su elegibilidad dentro de los 30 días hábiles de haber recibido la aplicación. El programa será determinado por ciertos servicios prestados por el Hospital de Bronson. El programa no pagara por otras cuentas médicas que usted tenga con otros proveedores médicos. Costos de la corte, honorarios de prestación, intereses y los honorarios de abogados de una de nuestras agencias cobro no están cubiertos o pagados por este programa.

Si usted tiene alguna pregunta o preocupación acerca esta aplicación, por favor llame a uno de nuestros Representante de Facturación del Paciente al (269) 276-0877 entre las 9 a.m. y 5 p.m. Por favor devuélvanos la aplicación a la Caja Postal 4073 Kalamazoo MI 49003-4073 si usted no tiene un sobre de retorno.

Atentamente,

Departamento de Contabilidad del Paciente

## ASISTENCIA FINANCIERA MÉDICA DE BRONSON

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Número de Cuenta

**GENERAL:**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o del Garante de menor

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

Estado Civil (*Circule uno*)

Sexo: (*Circule uno*)

Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Masculino Femenino

\_\_\_\_\_  
Dirección de Casa NO Caja PO

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono para Mensajes

\_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador

\_\_\_\_\_  
Fecha de Contratación

\_\_\_\_\_  
Dirección de Trabajo

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

Si usted está desempleado, ¿Cuál es la fecha de la última vez que trabajó?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre de Seguro/Número

\_\_\_\_\_  
Trabajador de Departamento de Servicios Humanos

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Otro Trabajador de Agencia

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Para uso interno:

Nombre de la persona que dio la aplicación al paciente \_\_\_\_\_

Nombre del Departamento \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

## ASISTENCIA FINANCIERA MÉDICA DE BRONSON

### Información de su Pareja:

_____		_____	
Nombre		Número de Seguro Social	
_____		Sexo: ( <i>Circule uno</i> ) M F	
Fecha de Nacimiento			
_____		_____	
Nombre del Empleador		Fecha de Contratación	
_____		_____	
Dirección del Trabajo	Ciudad	Estado	Código Postal
_____		_____	
Número de Teléfono del trabajo		Horas de Jornada por Semana	

Si su pareja no tiene empleo, ¿Cuál es la fecha del último día que trabajó?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre/Número de Seguro (*Si es diferente de lo de arriba*)

\_\_\_\_\_

Agente del Departamento de Servicios Humanos

\_\_\_\_\_

Número de Teléfono

\_\_\_\_\_

Otro Trabajador de la Agencia

\_\_\_\_\_

Número de Teléfono

**Información de su Familia:** Por favor escriba los nombres de los familiares que residan con usted. No necesitamos sus nombres si no viven con usted en casa.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	Cuántos meses por Año los Dependientes viven en el hogar

## ASISTENCIA FINANCIERA MÉDICA DE BRONSON

### Fuente de Ingresos: (Mensual)

	Garante/Paciente	Pareja
Sueldos/Salarios	_____	_____
Comisiones	_____	_____
Desempleo/Compensación al Trabajador	_____	_____
Pensión/Jubilación	_____	_____
Manutención de Menores	_____	_____
Militar	_____	_____
Seguro Social	_____	_____
Asistencia Publica	_____	_____
Jubilación Ferroviaria	_____	_____
Acciones/Bonos/Ahorros	_____	_____
<b>Total</b>	_____	_____

**LAS PRUEBAS DE INGRESOS DEBEN TENER EL NOMBRE DE LA PERSONA EN EL FORMULARIO.**

**SIRVASE A PROPORCIONAR COMPROBANTE DE TODOS LOS INGRESOS QUE ENTRÓ ARRIBA.**

**SI USTED NO CUENTA CON INGRESOS, USTED DEBE LLENAR UNA CARTA DE APOYO FIRMADA POR LA PERSONA QUE PAGA POR SU VIVIENDA. ESTA CARTA DEBE SER FIRMADA EN PRESENCIA DE UN NOTARIO PÚBLICO.**

## ASISTENCIA FINANCIERA MÉDICA DE BRONSON

### Información de Gastos:

#### (Mensual)

Renta/Hipoteca (Circule uno)

Por Mes \$ \_\_\_\_\_

Balance de Hipoteca \$ \_\_\_\_\_

Alquiler/Propiedad Secundaria (circule una)

Por Mes \$ \_\_\_\_\_

Balance de Hipoteca \$ \_\_\_\_\_

Dueño de Casa/Seguro para Inquilinos \$ \_\_\_\_\_

#### Tarjetas de Crédito

Nombre \_\_\_\_\_ Por Mes \_\_\_\_\_

Balance \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Por Mes \_\_\_\_\_

Balance \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Por Mes \_\_\_\_\_

Balance \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Por Mes \_\_\_\_\_

Balance \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Por Mes \_\_\_\_\_

Balance \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Por Mes \_\_\_\_\_

Balance \_\_\_\_\_

Otros Préstamos Por Mes \_\_\_\_\_

Balance \_\_\_\_\_

Préstamos Estudiantiles Por Mes \_\_\_\_\_

Balance \_\_\_\_\_

Calefacción / Electricidad \_\_\_\_\_

Gastos de Vivienda \_\_\_\_\_

(Cable/Internet /Teléfono)

Primas del Seguro de Salud \_\_\_\_\_

Primas del Seguro de Vidas \_\_\_\_\_

Cuentas Medicas \_\_\_\_\_

**Monto de Pagos Mensuales**  
pago/mensual

Prescripciones/Suplementos Médicos \_\_\_\_\_

(Favor de proporcionar recibos) Cantidad de

Pago del Vehículo/Pago de arrendamiento \_\_\_\_\_ Seguro de Automóvil \_\_\_\_\_

Necesidades Personales \_\_\_\_\_ Comida \_\_\_\_\_

(Teléfono Celular)

Alquiler con opción de Compra \_\_\_\_\_

Guardería \_\_\_\_\_ Pago de Manutención de Menores a la FOC \_\_\_\_\_

(Favor de proporcionar recibos)

Otro (Por favor escriba) \_\_\_\_\_

**TOTAL** \_\_\_\_\_

**ASISTENCIA FINANCIERA MÉDICA DE BRONSON****INFORMACIÓN DE CUENTAS DE BANCO**

Cuenta de Ahorros, Banco y Sucursal	Balance
-------------------------------------	---------

Cuenta Corriente, Banco y Sucursal	Balance
------------------------------------	---------

**ACTIVOS**

Propiedad	Valor de Mercado	Equidad
-----------	------------------	---------

Propiedad	Valor de Mercado	Equidad
-----------	------------------	---------

¿Está usted actualmente recibiendo beneficios de Medicare, Medicaid o Asistencia General?

Si       No

¿Ha aplicado alguna vez por algún tipo de asistencia?       Si      No

Si así es, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Si fue denegado, ¿por qué? \_\_\_\_\_

**ASISTENCIA FINANCIERA MÉDICA DE BRONSON**

Por favor describa su situación personal y las razones por las que usted está solicitando asistencia.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN SOMETIDA ESTA SUJETA A VERIFICACIÓN POR EL HOSPITAL BRONSON METODISTA (BRONSON METHODIST HOSPITAL). CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA.**

**DOY PERMISO AL HOSPITAL BRONSON METODISTA DE OBTENER UNA COPIA DE MI INFORME DE CRÉDITO PARA SER USADA EN LA DETERMINACIÓN DE MI ELIGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA MEDICA DE BRONSON.**

Firma \_\_\_\_\_ (Fecha)

(Paciente o Partido Responsable)

(Fecha)

**Las aplicaciones devueltas sin prueba de ingresos, serán revocadas.**

En caso de que algún activo o pago se haga disponible, el Hospital Bronson reserva el derecho de revertir el ajuste inicial.

Updated: July 2014