



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.
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	_____	_____
Total	_____	_____

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 _____

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? _____

