



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

NÚMERO DE CUENTA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ubicación del departamento:

Apellido y nombre del garante	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Fuente de ingresos: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Persona con discapacidad	
Apellido y nombre de cónyuge	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Fuente de ingresos: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Persona con discapacidad	
Dirección del garante		Número de teléfono particular	Número de teléfono móvil (opcional)	

Apellido y nombre del dependiente	Fecha de nacimiento	Apellido y nombre del dependiente	Fecha de nacimiento
Apellido y nombre del dependiente	Fecha de nacimiento	Apellido y nombre del dependiente	Fecha de nacimiento
Apellido y nombre del dependiente	Fecha de nacimiento	Apellido y nombre del dependiente	Fecha de nacimiento

Necesito asistencia financiera.

Lea antes de firmar. CERTIFICO que la información que he proporcionado es verdadera y exacta según mi leal saber y entender. Acepto solicitar CUALQUIER y TODA ASISTENCIA que pueda estar disponible a través de fuentes federales, estatales, gubernamentales locales y privadas para ayudar a pagar la(s) factura(s) y tomaré todas las medidas necesarias para obtener asistencia de las fuentes antes mencionadas. Entiendo que, si no coopero con St. Peter's Health y no proporciono CUALQUIER información adicional solicitada dentro de los 30 días a partir de la fecha del servicio, es posible que mi solicitud de eventual asistencia financiera pueda ser denegada. Por la presente concedo permiso y autorizo a cualquier agente acreditado de fuentes federales, estatales, gubernamentales locales y privadas a revelar a St. Peter's Health TODA la información sobre el estado de mi(s) solicitud(es) y, si la solicitud no es aprobada, la razón de dicha determinación. CEDERÉ a ST. PETER'S HEALTH TODOS LOS FONDOS recibidos de las fuentes anteriores, que se proporcionan para ayudar con el pago de esta(s) FACTURA(S) MÉDICA(S). Yo, en mi nombre y en el de el(los) miembro(s) de mi familia inmediata, representante(s) autorizado(s), médico(s) y proveedor(es), consejero(s) (incluido el clero) y abogado(s), acepto mantener en estricta confidencialidad cualquier comunicación escrita u oral entre St. Peter's Health y mi persona con respecto a asuntos relacionados con los servicios que me brinda St. Peter's Health. Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte de ST. PETER'S HEALTH, incluidas las agencias de informes de crédito, y está sujeto a revisión por parte de AGENCIAS FEDERALES o ESTATALES y otros según sea necesario. ENTIENDO que, si cualquier información que he proporcionado resulta ser falsa, ST. PETER'S HEALTH reevaluará mi estado financiero y tomará cualquier medida que sea apropiada.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA	FIRMA DEL PERSONAL EN EL MOMENTO DE LA RECEPCION	FECHA



Para ser considerado en nuestro programa de asistencia, debemos recibir un formulario de solicitud completo y toda la documentación de respaldo. No proporcionar la información solicitada puede generar la denegación de asistencia. Proporcione la siguiente documentación de todos los miembros de la familia en el hogar.

___ Marque este lugar si no tiene seguro y lo referiremos para que intente obtener cualquier cobertura de seguro federal o estatal disponible. Se espera que siga adelante/cumpla con el proceso de solicitud requerido por el Gobierno. **(Medicaid/Marketplace)**

PASO 1

Marque si califica para cualquiera de estos programas de asistencia pública y proporcione la carta actual con su solicitud.

- ___ Programa de asistencia nutricional suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)- cupones de alimentos
- ___ Asistencia para vivienda

DETÉNGASE; si tiene alguno de los programas anteriores, no es necesario proporcionar más documentación. De lo contrario, consulte el paso 2.

PASO 2

- ___ El recibo de pago más reciente que muestre los ingresos brutos hasta la fecha de **TODOS** los miembros del grupo familiar que trabajan **Y**
- ___ La declaración de impuestos más reciente en su totalidad, no superior a 2 años.

Si usted proporciona la documentación mencionada anteriormente y no tiene ninguna otra fuente de ingresos, no es necesario que proporcione más documentación. De lo contrario, consulte el paso 3.

PASO 3

- ___ Carta de asistencia energética del Programa de asistencia para energía para hogares de bajos recursos (Low Income Energy Assistance Program, L.I.E.A.P.);
- ___ Si usted trabaja por cuenta propia, proporcione una declaración de estado de resultados de los últimos 2 trimestres;
- ___ Subsidio de desempleo;
- ___ Indemnización por accidente de trabajo;
- ___ Seguridad social (proporcione la carta de los últimos años);
- ___ Pensión (proporcione una carta de aprobación);
- ___ Pagos a veteranos;
- ___ Prestaciones para dependientes (survivor benefits);
- ___ Ingresos por alquiler;
- ___ Ingresos de inmuebles;
- ___ Fideicomisos;
- ___ Asistencia educativa;
- ___ Pensión alimentaria;
- ___ Manutención de los hijos;
- ___ Asistencia proveniente de fuera del hogar; **Y**
- ___ Los estados de cuenta bancarios de los últimos 2 meses, en su totalidad, de **TODAS** las cuentas corrientes y de ahorros a nombre de su familia.

****Si no tiene ingresos, proporcione una carta notariada que indique cómo paga su coste de vida.**