



Nombre del paciente: _____ Núm. de historia clínica: _____

Fecha: _____

Enviar a: Indiana University Health
1200 W. White River Blvd.
Muncie, IN 47303

Correo electrónico: FinancialAssistance@IUHealth.org
Fax: 317-968-1255

Facility Encounter Number	Admit Date	Total Charges

Noticia: Esta Aplicación se aplicara solamente al encuentro indicado anteriormente. Pacientes con más de un encuentro tendrán que entregar aplicaciones separadas para cada encuentro.

*****IMPORTANTE*****

Para que la solicitud de asistencia financiera pueda ser procesada, DEBES enviar la siguiente información con la presente Solicitud de asistencia financiera completada y firmada. Para asegurar que la tramitación oportuna de su aplicación, por favor devuelva la aplicación dentro de los veintiún (21) días calendario. **Por favor NO envíe documentación original.**

- Todas las fuentes de ingresos de los últimos tres (3) meses
- Los talones de pago más recientes de los últimos tres (3) meses o los beneficios obtenidos del Programa de Seguridad de Ingresos Suplementarios (SSI) (administrados a través del Seguro Social)
- Resúmenes de cuentas corrientes y de ahorro, certificados de depósitos, títulos accionarios, bonos y cuentas de mercado monetario, etc.
- Los formularios más recientes de declaración del impuesto federal y estatal sobre la renta, incluidos los Anexos C, D, E, y F según corresponda
 - En el evento que el sueldo del paciente y/o garante no garantice la presentación de una declaración de impuestos federales el paciente podrá presentar una declaración jurada notarial que acredite lo anterior
- Los W-2s más recientes
- Tarjetas de seguro médico, si tiene seguro medico
- Consulta sobre salarios en WorkOne (para miembros de familia desempleados)
- Si es aplicable, decretos de divorcio/disolución y orden de custodia de hijos

Anuncio: Su aplicación de asistencia financiera no se procesará hasta que pague el depósito sin posibilidad de reembolso de \$100.00. Por favor incluya un cheque pagadero a Indiana University Health con su aplicación. Todos los pagos hechos hacia su depósito sin posibilidad de reembolso pendiente serán aplicados a la aplicación más vieja en su archivo. Por favor póngase en contacto con la dirección de correo electrónico arriba si tiene pregunta sobre su pago sin posibilidad de reembolso y/o su balance pendiente.

Garante (Jefe de familia) Nombre: _____ Parentesco con el paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Miembros de familia

Indique el nombre completo y fecha de nacimiento de todos los miembros. Indique número de seguro social y relación, si los conoce.

Nombre Nombre completo – Primer nombre, Segundo nombre, Apellido	Fecha de nacimiento	NSS	Relación con el garante	Estado civil	Ciudadano estadounidense Sí o No	Residente de IN Sí o No
			SI MISMO			

¿Ha presentado algún miembro de su familia una solicitud de asistencia financiera, u obtenido autorización para recibir asistencia financiera de IU Health en los últimos 12 meses? Sí No



Nombre del paciente: _____ Núm. de historia clínica: _____

Fecha: _____

En caso afirmativo, ¿quién? _____

Ingreso/Empleo familiar

Miembro de familia	Nombre del empleador, dirección y puesto <i>Indique el nombre del empleador, según corresponda.</i>	Cantidad de ingreso <i>(Según el período de pago a la derecha)</i>	Período <i>Seleccione una opción</i>	Fecha de inicio	Fecha de finalización <i>(Según corresponda)</i>
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Por hora Cant. de horas/semana _____		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Por hora Cant. de horas/semana _____		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Por hora Cant. de horas/semana _____		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Por hora Cant. de horas/semana _____		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Por hora Cant. de horas/semana _____		

Otros ingresos familiares

Indique si usted o algún miembro de su familia recibe alguno de los siguientes ingresos mensuales:

Tipo	Miembro de familia	Monto mensual	Tipo	Miembro de familia	Monto mensual
Beneficios para veteranos:			Desempleo:		
Manutención infantil:			SSI:		
Jubilación:			Otros:		

Activos/Recursos

Indique si usted o algún miembro de su familia tiene alguno de los siguientes activos/recursos:

Miembro de familia	Tipo	Valor
	Cuenta corriente	
	Cuenta corriente	
	Cuenta de ahorro	
	Cuenta de ahorro	
	Otros (certificados de depósito, títulos accionarios, bonos, cuentas de mercado monetario, etc.)	
Total DE TODOS los activos:		

Bienes inmuebles

Valor estimado de su casa:	Balance de la hipoteca(s):
----------------------------	----------------------------

Gastos

Indique si usted o alguien de su familia incurre en alguno de los siguientes gastos mensuales:

Gasto:	Miembro de familia	Monto de gasto mensual:	Gasto:	Miembro de familia	Monto de gasto mensual:
Alquiler/Hipoteca			Servicios públicos		
Comida			Tarjetas de compra		
Cuota(s) de automóvil			Seguro automóvil		
Gasto(s) médicos			Farmacia		



Nombre del paciente: _____ Núm. de historia clínica: _____

Fecha: _____

Cuidado infantil			Otros		
------------------	--	--	-------	--	--

TODOS los gastos mensuales totales: _____

Información sobre el seguro
Indique si usted o algún miembro de su familia tiene alguno de los siguientes seguros:

¿Ha presentado el paciente una solicitud para acceder a Medicaid? Sí No En caso negativo, indique la razón: _____

En caso afirmativo, indique la fecha de presentación de la solicitud: _____

Estado de la solicitud: Pendiente Aprobada Denegada

¿Tenía el paciente otro seguro médico al momento en que se le prestó este servicio hospitalario? Sí No En caso afirmativo, complete el siguiente cuadro:

Nombre del titular de la póliza	Nombre del seguro	Fecha de efectiva	Número de póliza / Número de póliza de grupo	Nombre(s) de los miembros cubiertos

Resumen del paciente/garante
Anote los montos totales calculados en los campos anteriores:

Tamaño del grupo familiar	Ingreso familiar total	Otros ingresos familiares	Activos totales	Gastos totales

Declaración de respaldo
(Para ser completada por la persona que brinda respaldo)

He sido identificado por el solicitante como la persona a cargo de brindar respaldo financiero. A continuación se incluye una lista de los servicios prestados por mi persona al solicitante:

Por la presente certifico que toda la información consignada arriba es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento y creencia. Comprendo que mi firma no me hará responsable financieramente de los gastos médicos.

Firma: _____ Fecha: _____

Verificación y autorización
(Para ser completada por el paciente o garante)

Por la presente certifico, bajo pena de falso testimonio, que las respuestas dadas son verdaderas y correctas al mejor de mi conocimiento y creencia. Acepto informarle a IU Health dentro de los diez (10) días si hay algún cambio en respecto a mis ingresos, patrimonio, gastos, cantidad de miembros de familia o dirección (o los de la persona en cuyo nombre y representación actúo).

Comprendo que se me podrá solicitar que demuestre mis declaraciones, y que mis declaraciones de elegibilidad estarán sujetas a verificación mediante el contacto con mi empleador, banco, entidad crediticia y búsqueda de propiedades y por la presente autorizo a IU Health y a las personas designadas para tal fin a realizar dicha verificación.

Acepto que la ley requiere que el hospital mantenga el carácter confidencial de la información personal proporcionada por mi persona.

Acuerdo, además, que como contraprestación de los servicios médicos recibidos como resultado de un accidente o lesión, le reembolsaré al hospital los beneficios obtenidos de cualquier litigio o conciliación que sea resultado de dicho incidente.

Comprendo que si no califico para acceder a la asistencia financiera, podré apelar esa resolución por escrito junto con la presentación de documentación adicional. Si la asistencia financiera vuelve a ser denegada, es posible que se me considere responsable del pago de las factura(s) pendientes.

Firma: _____ Fecha: _____



Indiana University Health

Formulario de Solicitud e Información de
Asistencia Financiera de Indiana University Health
Fecha de revisión 11/2013

Nombre del paciente: _____ Núm. de historia clínica: _____

Fecha: _____