



Asesores financieros que están en:
1710 Harrison Street, Batesville AR
Teléfono: 870-262-1118 o 870-262-1188
Fax: 870-262-6547

Solicitud para la ayuda financiera

Nombre del paciente: _____ Número de expediente médico: _____
Número de seguro social: _____

Responda todas las preguntas de la manera más completa y precisa posible. Si no tiene suficiente espacio para sus respuestas, agregue otra hoja a esta solicitud con las respuestas completas.

Mencione a todas las personas que viven en su casa, incluyendo al paciente, y complete cada espacio.

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con usted	Empleador/Fuentes de ingresos
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Documentación de respaldo requerida para el grupo familiar:

- _____ Declaración de impuestos federales más reciente
- _____ W-2 o 1099 más reciente
- _____ Informe de antecedentes laborales de la Oficina de Seguro Social
- _____ Carta de adjudicación de seguro social
- _____ Últimos 3 estados de cuenta bancarios (caja de ahorro y de cheques)
- _____ Declaración de pensión o retiro
- _____ Documentación de ingresos de manutención infantil
- _____ Licencia de conducir
- _____ Documentos de respaldo solicitados por Activos y Pasivos
- _____ Documentos de respaldo solicitados por Gastos mensuales



Asesores financieros que están en:
 1710 Harrison Street, Batesville AR
 Teléfono: 870-262-1118 o 870-262-1188
 Fax: 870-262-6547

Proporcione documentación de respaldo para cada campo.

¿Cuál es el valor estimado de su casa/remolque? \$ _____

Mencione todos los vehículos que tiene con su valor estimado.
 _____ \$ _____
 _____ \$ _____

Mencione sus cuentas bancarias y saldos de inversiones.
Banco N.º de cuenta
 _____ \$ _____
 _____ \$ _____

Mencione todo lo que tenga (terreno, bote, motocicleta, casa rodante, etc.)
 y su valor estimado:
 _____ \$ _____
 _____ \$ _____

ACTIVOS TOTALES: **\$ _____**

Cuáles son los saldos del préstamo de la propiedad que aparece arriba:

Casa/remolque: \$ _____

Vehículos: \$ _____

Otro: \$ _____

Otro: \$ _____

Mencione sus facturas médicas con los saldos después de que el seguro haya pagado:

_____ \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

PASIVOS TOTALES: **\$ _____**

Hoja de gastos mensuales

Proporcione documentación de respaldo para cada campo. Documentación de los gastos de los últimos 3 meses, sin incluir comida. A menos que se incluya y se destaque en su estado bancario mensual.

Alquiler/Hipoteca	\$
Factura de electricidad	\$
Factura de agua	\$
Factura del gas (propano)	\$
Factura de teléfono (excepto internet y cualquier tarifa adicional)	\$
Comida	\$
Manutención infantil	\$
Seguro:	
Auto	\$
Casa	\$
Vida y salud	\$
Facturas médicas	\$
Medicamentos	\$
Cuidado para niños	\$
Pagos del vehículo	\$
Tarjetas de crédito	\$
Gasto mensual total	\$

Certifico que la información de arriba es cierta y precisa según mi conocimiento. Como parte del proceso de solicitud, White River Medical Center puede verificar la información que está en mi solicitud y en otros documentos requeridos en la solicitud antes de que esté aprobada. Si se demuestra que la información que di es falsa, comprendo que White River Medical Center podría reevaluar mi estado financiero y tomar las medidas que considere apropiadas.

Firma del paciente/garante

Fecha



Asesores financieros que están en:
 1710 Harrison Street, Batesville AR
 Teléfono: 870-262-1118 o 870-262-1188
 Fax: 870-262-6547

Certifico que la información que di para esta solicitud de ayuda financiera es cierta y precisa según mi conocimiento. Como parte del proceso de solicitud, White River Medical Center puede verificar la información que está en mi solicitud y en otros documentos requeridos en la solicitud antes de que esté aprobada. Comprendo que cualquier información dada que sea falsa o esté incompleta podría hacer que se rechace mi solicitud.

 Firma del paciente/garante

 Fecha

*****Solo para uso de White River Medical Center*****

Activos verificados
 Pasivos verificados
 Ingresos verificados
 Gastos verificados
 Se incluyen todos los documentos requeridos

SÍ	NO

((Activos - Pasivos) * 10 % + ingresos anuales totales)

\$ _____

Asistente financiero

 Firma

 Fecha

Director de PFS/Supervisor de cuentas de los pacientes

 Firma

DESCUENTO APROBADO: _____ %

 Fecha de aprobación