

Beaufort Memorial Hospital

Solicitud de asistencia financiera

Nombre del paciente _____

fecha _____

Todos los siguientes documentos financieros DEBEN ser devueltos con esta solicitud completa y firmada.

Documentos requeridos:

- Prueba de ciudadanía o estatus legal de residencia permanente en Carolina del Sur (visa válida / green card)
- Identificación con foto (licencia de conducir de Carolina del Sur, tarjeta de identificación emitida por el estado de Carolina del Sur)
- Recibos de pago más recientes (3 semanas) o Seguridad de Ingreso Suplementario.
- Otros ingresos mensuales, es decir, ingresos por alquiler, pensión, anualidades, manutención de hijos, beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés).
- Estados de cuenta bancarios/cooperativas de crédito más recientes (3 meses), cuentas corrientes/ahorros, cuentas IRA, certificados de depósito, club de vacaciones o de navidad.
- Formularios de impuestos federales sobre los ingresos más recientes (1040) Incluido el Anexo C, si corresponde.
- Si no presenta declaraciones de impuestos, presente una constancia de no presentación de la declaración de impuestos federales sobre los ingresos.
- Si no tiene ningún ingreso, proporcione una carta de respaldo de la(s) persona(s) que brinda(n) el apoyo. Este documento se debe certificar ante notario.
- Si trabaja por cuenta propia, presente los ingresos brutos y los gastos comerciales de su empresa correspondientes a los últimos 3 meses, tomados de su libro contable.
- **Debe** comunicarse con nuestro socio de evaluación de elegibilidad de Medicaid para obtener asistencia financiera a través del teléfono: **843-522-5572 o 843-522-5580.**

Envíe la solicitud COMPLETA por correo a:

Beaufort Memorial Hospital PFS

955 Ribaut Road

Beaufort, SC 29902

Beaufort Memorial Hospital

Nombre del paciente: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre) (SSN) (Fecha de nacimiento)

Nombre del responsable financiero: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre) (SSN) (Fecha de nacimiento)

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono: _____

Fecha de la emergencia y de la visita médica necesaria: _____ Número de cuenta _____

Información del hogar

Estado civil (<i>marque con un círculo una de las opciones</i>)	Casado	Soltero	Separado	Total en el grupo familiar:

Nombre(s) del dependiente (<i>adjunte una hoja aparte para dependientes adicionales</i>)	Fecha de nacimiento del dependiente

Empleo/Ingresos

Paciente/Empleador del responsable financiero:	
Monto del ingreso bruto mensual: \$	
Fuente de ingresos - Adjunte verificación o explicación de la situación actual	
Cónyuge u otra fuente de ingresos y monto bruto mensual: \$	
Ingreso bruto anual total del hogar: \$	
SSI, asistencia pública, beneficios de VA: \$	
¿Tiene una cuenta bancaria activa?	¿Declaró impuestos el año anterior?
Saldo activo actual: \$	

Verificación del seguro

¿Tiene seguro de salud? (<i>Encierre en un círculo</i>)	SÍ	NO
Nombre de la compañía de seguros y número de póliza:		
Si ha sido desempleado recientemente; ¿Es elegible para los beneficios de COBRA?		

Certifico que la información proporcionada es veraz y a mi leal entender. Entiendo que la información fraudulenta o engañosa me privará del derecho a recibir cualquier tipo de asistencia financiera.

Firma del paciente/responsable financiero

Fecha