



**West Jefferson
Medical Center**
Our Family Caring For Your Family™

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Escriba su nombre completo y su dirección al momento de recibir servicio médico y la demás información solicitada en esta sección.

Número de cuenta _____ Fecha(s) del servicio _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Distrito: _____

Número de Seguridad Social: ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento: __ / __ / __

Teléfono de domicilio: (____) _____ Otro teléfono: (____) _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado ¿Es residente legal de los Estados Unidos? Sí No

¿Tenía seguro médico (sin ser Medicaid) al momento de su atención? Si la respuesta es sí, brinde la información del seguro y una copia de su tarjeta de seguro. Sí No

Nombre del seguro: _____

Fecha efectiva desde la que está asegurado: __ / __ / __

Nombre del abonado: _____

Fecha de nacimiento del abonado: __ / __ / __

Número de identificación del abonado: _____ Número de grupo: _____

SECCIÓN DOS: INGRESOS FAMILIARES

Brinde su información de ingresos, la de su cónyuge y del resto de los familiares (si aplica).

Fuente de ingreso mensual	Ingreso bruto mensual actual		Ingreso familiar total durante los 3 meses previos a la fecha de atención	Tipo de documento de verificación adjunto – se requiere una prueba de ingresos para procesar su solicitud
	Paciente	Cónyuge / Otro		
Salario / trabajo independiente, pensión alimenticia y manutención.	\$	\$	\$	Copia de los comprobantes de pago más recientes o cartas de adjudicación de ingreso (de los tres meses previos)
Seguridad Social	\$	\$	\$	Carta de adjudicación de la Seguridad Social
Jubilación, dividendos, intereses, ingresos por renta	\$	\$	\$	Carta de prestaciones jubilatorias, declaración de dividendos / intereses
Seguro de desempleo, seguro de indemnización por accidentes del trabajador	\$	\$	\$	Carta de prestaciones por desempleo, carta de prestaciones por seguro de indemnización por accidentes del trabajador

NOTA: Si indicó ingresos \$ 0, explique brevemente cómo usted (o el paciente) cubre sus necesidades básicas:

(Debe proporcionar un documento probatorio.)

SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN FAMILIAR

Indique el nombre de todos los miembros del hogar que hayan sido incluidos en la declaración de renta federal más reciente y su fecha de nacimiento.

Brinde la siguiente información de todos los familiares directos que viven en su casa. A los efectos de esta póliza, la familia se define como el paciente, el cónyuge del paciente y todos los hijos del paciente menores de 18 años (naturales o adoptivos) que viven en la casa del paciente. Si el paciente es menor de 18 años, la familia incluirá al paciente, sus padres naturales o adoptivos y los hijos (naturales o adoptivos) de sus padres menores de 18 años que vivan en la casa del paciente.

Nombre de los miembros de la familia, incluyendo al paciente	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Al firmar a continuación certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud y en cualquier documento adjunto es cierto.

Firma de la parte responsable _____ Fecha: _____

Entregue la solicitud completa a:

West Jefferson Medical Center
Attn: Manager, Financial Assistance
1101 Medical Center Blvd.
Marrero, LA. 70072

Copias de nuestra política de asistencia financiera, formulario de solicitud y resumen están disponibles en inglés, español y vietnamita.