



Programa de Asistencia Financiera Helping Heart

Para ayudarnos a determinar si usted cumple los requisitos para recibir asistencia financiera, complete y envíe la presente solicitud. Presente todos los documentos solicitados que se indican en los formularios.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar la solicitud, póngase en contacto con Servicios Financieros:

Southlake Campus
Financial Services
Methodist Hospital
8701 Broadway Ave
Merrillville, IN 46410
219-738-5508

Northlake Campus
Financial Services
Methodist Hospital
600 Grant Street
Gary, IN 46402
219-886-4584

Número(s) de Cuenta: _____

Instrucciones: Adjunte copias de:

- Recibos de pago (últimos 3 meses)
- Declaraciones de impuestos y formularios respectivos (año anterior)
- Si está jubilado, beneficios del Seguro Social y cualquier pensión
- Instituciones Financieras (últimos 3 meses de cada cuenta)
- W-2 o Declaración de Desempleo
- Comprobantes de gastos del hogar (Alquiler/Hipoteca, Facturas de Servicios)

Nota: Si necesita espacio adicional, adjunte hojas adicionales.

He solicitado o solicitaré Asistencia Médica Estatal o Federal.

Sí No En caso negativo, motivo: _____

Tengo una reclamación por daños personales o responsabilidad civil, conciliación o demanda pendiente a la fecha de este servicio/tratamiento de cuidado.

Sí No En caso afirmativo, brinde detalles: _____

Responsable/Paciente

Nombre del Garante	Nombre del Paciente	Número de Seguro Social del Paciente	Fecha de Nacimiento del Paciente (DD.MES.AAAA)
Dirección			
Ciudad		Estado	Código Postal
Teléfono	Celular	Tamaño de la Familia (Paciente, Cónyuge y Dependientes)	Estado Civil ¿Está reclamado en otra declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Estudiante Estudiante de Tiempo Completo Estudiante de Tiempo Parcial	Escuela		
Situación Laboral <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Desempleado	Nombre del Empleador		
Dirección del Empleador		Teléfono del Empleador	
Ciudad	Estado	Código Postal	
Puesto	Duración del Empleo	Fecha/Duración de Desempleo (DD.MES.AAAA)	

Cónyuge

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (DD.MES.AAAA)	
Escuela Estudiante de Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante de Tiempo Parcial <input type="checkbox"/>	Teléfono	Celular	
Situación Laboral <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Desempleado	Nombre del Empleador		
Dirección del Empleador		Teléfono del Empleador	
Ciudad	Estado	Código Postal	
Puesto	Duración del Empleo	Fecha/Duración de Desempleo (DD.MES.AAAA)	

Dependientes (Viviendo en casa/estudiando)

Nombre completo	Relación	Fecha de nacimiento (DD.MES.AAAA)

Saldos de Cuentas en Instituciones Financieras

Tipo de Cuenta (Corriente, Ahorro)	Nombre de Institución Financiera	Dirección de Institución Financiera	Saldo Actual
Otras Inversiones y Títulos Valores			
IRA, Jubilación, 401K, 403B)			
Mercado Monetario, Acciones, Bonos, CDS,			
Seguro de vida con valor en efectivo			

Capital en inmuebles/propiedades excluyendo la residencia principal

Tipo	Detalle	Valor Estimado de la Propiedad	Saldo Pendiente de la Hipoteca
Tierra			
Otras viviendas aparte de la Residencia Principal			
Propiedad en Alquiler			
Propiedad Comercial			
Otro			

Ingreso familiar

Descripción del Ingreso (enumere todos los tipos que correspondan)	Fuente	Cantidad de Ingreso Mensual
Sueldos Brutos, Salario y Propinas del Responsable/Paciente		
Sueldos Brutos, Salario y Propinas del Cónyuge		
Ingreso de Intereses/Dividendos, Pensión, Seguro Social, Seguridad Suplementario, Jubilación		
Seguro de Desempleo, Asistencia Pública, Pagos a Veteranos, Beneficios para Sobrevivientes		
Regalías, Fideicomisos, Ingresos por Inmuebles, Beneficios por Huelga, Ganancias de Lotería/Juegos de Azar		
Indemnización Laboral/por Discapacidad		
Pensión Alimenticia/Manutención de Menores		
Otro		

Gastos (Indique todos los otros pagos, por ejemplo, pagos bancarios, tarjetas de crédito y otros gastos del hogar, médicos, etc.)

Tipo	A quién	Saldo Pendiente	Pago Mensual
Tarjetas de Crédito			
Límite de Tarjeta de Crédito			
Médico: Responsabilidad Médica			
Médico: Responsabilidad Hospitalaria			
Gastos del Hogar			
Gastos del Hogar			

Gastos del Hogar			
Gastos del Hogar			
Gastos del Hogar			
Gastos del Hogar			
Gastos del Hogar			

Gastos del Hogar - Ver el Apéndice A

La presente solicitud y la documentación pertinente deben presentarse dentro de los siguientes 30 días para evitar retrasos en la tramitación de su solicitud de asistencia. No presente los documentos originales, ya que no se devolverán. Es preferible que se envíen copias.

Certificación

Certifico que toda la información proporcionada que se adjunta es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la información se usará para determinar mi capacidad de pagar los servicios brindados The Methodist Hospitals, Inc. Por la presente, autorizo a The Methodist Hospitals, Inc. a revisar la información incluida en este documento. Entiendo que se le denegará Asistencia Financiera a aquellas personas que brinden información falsa u omitan información para recibir asistencia. **Únicamente podrán ser gratuitos o estarán sujetos a descuentos los servicios de salud médicamente necesarios y de emergencia.**

Firma del Paciente/Responsable	Fecha (DD.MES.AAAA)
Firma del Cónyuge/Concubino	Fecha (DD.MES.AAAA)

Apéndice A
Política de Asistencia Financiera
Lista de gastos elegibles

Gastos Mensuales:

- 1) Alimentos
- 2) Alquiler/hipoteca
- 3) Seguro del inquilino/de hipoteca
- 4) Electricidad/gas del hogar
- 5) Teléfono fijo/celular
- 6) TV por cable/internet
- 7) Pago del auto
- 8) Seguro del auto
- 9) Auto (gasto mensual de combustible)
- 10) Cuentas médicas
- 11) Medicamentos recetados
- 12) Deudas de tarjetas de crédito
- 13) Guardería
- 14) Otros gastos mensuales