

Confidencial

Avera

Cuenta #[f pt acct number]

Solicitud para Ayuda Financiera e Información del Paciente

Este formulario es para proporcionar información para ayudarle a cumplir con su obligación económica que debe a Avera\_\_\_\_\_.

Nombre de Solicitante \_\_\_\_\_

Estado Civil: S C D V Sep Otro

Dirección Actual \_\_\_\_\_

Nombre de Esposo (a) Pareja \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social Esposo(a) \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento de Esposo (a) \_\_\_\_\_

Rentando \_\_\_\_\_ Comprando \_\_\_\_\_ Años vividos en \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Esposo (a) \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social de Solicitante \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento de Solicitante \_\_\_\_\_

Por favor haga una lista de sus dependientes: (utilice otra hoja si es necesario)

Nombre	Edad	Relación	Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Institución de empleo del Solicitante \_\_\_\_\_ Institución de Empleo de Esposo/a o Pareja \_\_\_\_\_

Puesto \_\_\_\_\_ Años en el empleo \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_ Años en el Empleo \_\_\_\_\_

¿Ha solicitado Asistencia de Medicaid o ya lo tiene? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí no, ¿por qué? \_\_\_\_\_

¿Es actualmente estudiante? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si usted es menor de 26 años de edad, ¿le ofrece la institución de empleo de sus padres de familia cobertura de atención de seguro médico para usted?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Los peticionarios deben de solicitar Medicaid y todo otro programa posible para ayuda financiera antes de completar esta solicitud de Asistencia Financiera. Si usted es un residente de South Dakota, también necesita solicitar County Poor Relief (Ayuda del Condado para Pobres) antes de solicitar Asistencia Financiera. Si tiene alguna pregunta acerca de la asistencia financiera o sobre la información requerida en esta solicitud, por favor comuníquese con el Consejero de Finanzas de Avera al número de teléfono (605) 322-6470.**

**Por favor envíe con esta aplicación las copias más recientes de su W-2, declaración de impuestos, talones de cheques y estados de cuentas de banco.**

Al someter esta aplicación para asistencia, yo entiendo que la Institución de Avera que recibe esta aplicación puede compartirla, incluyendo otros documentos relacionados, con otras instituciones de Avera que están involucradas con mi tratamiento o que hayan proveído tratamiento separado.

Ingreso Mensual del Hogar	Solicitante	Esposo (a)/Otros Miembros del Hogar	Gasto Mensual del Hogar	Solicitante/Esposo(a)/Otros Miembros del Hogar
<b>Empleo (Pago Neto/Bruto)</b>	\$ _____	\$ _____	<b>Renta/Hipoteca</b>	\$ _____
<b>Seguro Social/Incapacidad</b>	\$ _____	\$ _____	<b>Comida</b>	\$ _____
<b>Pensión/ Pensión de Veterano (todo recurso)</b>	\$ _____	\$ _____	<b>Pago de Vehículo</b>	\$ _____
<b>Comp. de Desempleo</b>	\$ _____	\$ _____	<b>Guardería</b>	\$ _____
<b>ADC/WIC/Estampillas de comida</b>	\$ _____	\$ _____	<b>Gasto Transporte/Vehículo</b>	\$ _____
<b>Pensión Alimenticia/Pensión de Niños</b>	\$ _____	\$ _____	<b>Médico/Dental*</b>	\$ _____
<b>Inversiones/Ingreso por Intereses</b>	\$ _____	\$ _____	<b>Seguro (Vehículo, Médico, etc..)</b>	\$ _____
<b>Otro (Lista _____)</b>	\$ _____	\$ _____	<b>Tarjeta de Crédito ( _____ )</b>	\$ _____
Ingreso Total Mensual	\$ _____	\$ _____	<b>Agencias de Colección</b>	\$ _____
Ingreso Neto Mensual	\$ _____	\$ _____	<b>Ropa</b>	\$ _____
Ingreso total los últimos 12 meses	\$ _____	\$ _____	<b>Otro (Lista _____)</b>	\$ _____
Se requiere la Copia de Declaración de Impuestos (Tax Return) y talones de pago de los últimos 2 meses.			<b>Total de Gasto Mensual</b>	\$ _____

<b>BIENES (Valor Actual de Mercado)</b>		<b>Responsabilidades</b>	
<b>Efectivo a mano/Banco/Ahorros</b>	\$ _____	<b>Cobro Médico*</b> _____	\$ _____
<b>Inversiones/CD's (Valor de Mercado)</b>	\$ _____	<b>Cobro Médico *</b> _____	\$ _____
<b>Préstamo/Valor Efectivo de Póliza de Vida</b>	\$ _____	<b>Cobro Médico *</b> _____	\$ _____
<b>Residencia: total de pies cuadrados</b> _____		<b>Tarjeta(s) de Crédito</b>	\$ _____
<b>Precio de compra</b> \$ _____		<b>Préstamo para muebles &amp; Aparatos domésticos</b>	\$ _____
<b>Valor Estimado Ahora</b>	\$ _____	<b>Hipoteca de Casa (saldo actual)</b>	\$ _____
<b>Vehículo Primario: Año/Modelo</b> _____	\$ _____	<b>Préstamo por Vehículo (saldo actual)</b>	\$ _____
<b>Otro Vehículo: Año/Modelo</b> _____	\$ _____	<b>Préstamo por Bienes Raíces (saldo actual)</b>	\$ _____
<b>Bienes de Raíces por Finca: # de hectáreas</b> _____	\$ _____	<b>Cantidad Debida por Maquinaria de Agricultura.</b>	\$ _____
<b>Maquinaria de Agricultura</b>	\$ _____	<b>Cantidad Debida en Ganadería</b>	\$ _____
<b>Ganado</b>	\$ _____	<b>Préstamo en Propiedad de Renta</b>	\$ _____
<b>Propiedad de Renta</b>	\$ _____	<b>Préstamo en Negocio</b>	\$ _____
<b>Negocio</b>	\$ _____	<b>Cantidad Debida en Otro</b>	\$ _____
<b>Otro</b> _____	\$ _____	<b>Cantidad Debida a Agencia de Colecciones</b>	\$ _____
<b>Total de Bienes</b>	\$ _____	<b>Total de Responsabilidades</b>	\$ _____

\* Únicamente gastos de su-propio-bolsillo o Responsabilidad Legal (neto de todo seguro, descuentos, responsabilidad de terceros, o algún otro reclamo posible)

- ¿Le ofrecieron seguro médico en su institución de empleo? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No  
 ¿Le negaron seguro médico en su institución de empleo? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No  
 ¿Ha aplicado usted por seguro médico a través del Programa de Intercambio de Seguro de Salud? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No  
 ¿Es usted elegible para beneficios de COBRA? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Yo por este medio verifico que la información dada a Avera es verdadera y correcta. Yo autorizo a que Avera verifique toda información dada por mí. Yo voy a proporcionar documentación de esta información cuando se pida.

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---

**INTERNAL USE ONLY**

Points \_\_\_\_\_ Full \_\_\_\_\_ Partial \_\_\_\_\_

Approved \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Denied \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Approved by: \_\_\_\_\_ Denied By: \_\_\_\_\_