

**Avera (organization name here)  
Financial Assistance Application &  
Patient Financial Information  
Solicitud para Ayuda Financiera e Información del Paciente**

Este formulario pide la información que necesitamos para ayudarle a cumplir con su obligación económica que se debe a Avera (organización).

Nombre de Solicitante \_\_\_\_\_ Esposo/a \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Alquiler \_\_\_\_\_ Dueño/a \_\_\_\_\_ Años de residencia \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono (casa) \_\_\_\_\_

Estado Civil: S C D V Sep Otro

# de Seguro Social de Solicitante \_\_\_\_\_ # de Seguro Social Esposo(a) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento de Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento Esposo/a \_\_\_\_\_

Favor enlistar a sus dependientes: (utilice otra hoja si es necesario)

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

Patrón de Solicitante \_\_\_\_\_ Patrón de Esposo/a \_\_\_\_\_

Posición \_\_\_\_\_ Años en el empleo \_\_\_\_\_ Posición \_\_\_\_\_ Años en el Empleo \_\_\_\_\_

¿Ha solicitado Asistencia de Medicaid? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí no, porque? \_\_\_\_\_

Los peticionarios deben de solicitar Medicaid y o algún otro programa potencial de Ayuda financiera antes de completar esta solicitud de Ayuda financiera. Si usted es residente de South Dakota, también necesita solicitar County Poor Relief (Ayuda a los Pobres del Condado) antes de solicitar asistencia financiera. Si tiene alguna pregunta acerca de la asistencia financiera o la información requerida en esta solicitud, favor de comunicarse con el Gerente de Cuentas de Paciente de Avera (organización), (número de teléfono).

Documentación de apoyo, por favor proveer los más recientes\*:

- W-2(s)
- Pago de Regreso de Impuestos (Tax Return) (Federal, Estatal si es aplicable)
- Talones de Cheques
- Estados de cuenta bancaria

\*La Oficina de Finanzas le pedirá información adicional si fuera necesario.

**Con el sometimiento de esta aplicación para asistencia, yo entiendo que la organización de Avera que recibe esta aplicación puede compartirla junto con documentación relacionada con otras organizaciones de Avera que están involucradas con mi tratamiento o que posiblemente hayan proveído tratamiento separado.**

Ingreso Mensual	Solicitante	Esposo/a	Gastos Mensuales de la Casa	Solicitante/Esposa/o
Trabajo (ganancia Bruto /Neto)	\$ _____	\$ _____	Renta/Hipoteca	\$ _____
Seguro Social/ Incapacidad	\$ _____	\$ _____	Alimento	\$ _____
Retiro/Pensión de excombatiente	\$ _____	\$ _____	Pago Préstamo de Auto	\$ _____
Compensación de desempleo	\$ _____	\$ _____	Gastos de guardería	\$ _____
ADC/WIC /(Estampillas para comida)	\$ _____	\$ _____	Transporte/ Gastos de Auto	\$ _____
Pensión para niños/Alimony	\$ _____	\$ _____	Médico/Dental*	\$ _____
Ingresos de Inversiones/Interés	\$ _____	\$ _____	Seguro (automóvil, médico, etc.)	\$ _____
Otro (Lista _____)	\$ _____	\$ _____	Tarjetas de crédito ( _____)	\$ _____
Total de Ingreso Mensual	\$ _____	\$ _____	Agencias de Colecciones	\$ _____
Ingreso Neto Mensual	\$ _____	\$ _____	Ropa	\$ _____
Ingreso Total últimos 12 meses	\$ _____	\$ _____	Otro (Lista _____)	\$ _____
Copia de la declaración de impuestos y los talones de los últimos 2 meses son			Total de Gastos Mensuales	\$ _____

BIENES (Valor actual en el mercado)

Efectivo/Banco/Ahorros	\$ _____
Inversiones/Certificado de Depósito(Valor en el Mercado)	\$ _____
Préstamo/Valor en Efectivo de Seguro de Vida	\$ _____
Residencia: sq. ft. total _____	
Precio al Comprar \$ _____	
Valor Estimado Ahora	\$ _____
Vehículo: Año/Modelo _____	\$ _____
Vehículo: Año/Modelo _____	\$ _____
Bienes Raíces Granja: # de acres _____	\$ _____
Equipo agrícola	\$ _____
Ganadería	\$ _____
Propiedad para rentas	\$ _____
Negocio	\$ _____
Otro _____	\$ _____
Total de Bienes	\$ _____

OBLIGACIONES

Factura Médica* _____	\$ _____
Factura Médica* _____	\$ _____
Factura Médica* _____	\$ _____
Tarjeta de Crédito (s)	\$ _____
Préstamo de muebles y Aparatos Domésticos	\$ _____
Préstamo de Casa	\$ _____
Préstamo de Vehículo	\$ _____
Préstamo de Bienes Raíces	\$ _____
Cantidad debida por Equipo agrícola.	\$ _____
Cantidad debida por ganadería	\$ _____
Préstamo por Propiedad de alquiler	\$ _____
Préstamo por Negocio	\$ _____
Cantidad debida a otro	\$ _____
Cantidad debida a otra Agencia de Colecciones	\$ _____
Total de Obligaciones	\$ _____

\* Gastos de su propio bolsillo o responsabilidad legal únicamente (neto de algún seguro, descuento, responsabilidad legal de algún tercer partido, o cualquier otro reclamo posible)

¿Le ofreció el seguro médico la empresa/ patrón?  Sí  No

¿Le negó el seguro médico la empresa/ patrón?  Sí  No

¿Califica para recibir beneficios COBRA?  Sí  No

Yo reconozco que la información dada a Avera es verdadera y correcta. Yo autorizo a que Avera verifique cualquier información dada por mí. Voy a presentar la documentación de esta información si es pedida.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Para uso Interno únicamente/ INTERNAL USE ONLY

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

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

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