

Avera

Cuenta #[f pt acct number]

Solicitud para Ayuda Financiera e Información del Paciente

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

BIENES (Valor Actual de Mercado)

Efectivo a mano/Banco/Ahorros \$ _____

Inversiones/CD's (Valor de Mercado) \$ _____

Préstamo/Valor Efectivo de Póliza de Vida \$ _____

Residencia: total de pies cuadrados _____

Precio de compra \$ _____

Valor Estimado Ahora \$ _____

Vehículo Primario: Año/Modelo _____ \$ _____

Otro Vehículo: Año/Modelo _____ \$ _____

Bienes de Raíces por Finca: # de hectáreas _____ \$ _____

Maquinaria de Agricultura \$ _____

Ganado \$ _____

Propiedad de Renta \$ _____

Negocio \$ _____

Otro _____ \$ _____

Total de Bienes \$ _____

Responsabilidades

Cobro Médico* _____ \$ _____

Cobro Médico * _____ \$ _____

Cobro Médico * _____ \$ _____

Tarjeta(s) de Crédito \$ _____

Préstamo para muebles & Aparatos domésticos \$ _____

Hipoteca de Casa (saldo actual) \$ _____

Préstamo por Vehículo (saldo actual) \$ _____

Préstamo por Bienes Raíces (saldo actual) \$ _____

Cantidad Debida por Maquinaria de Agricultura. \$ _____

Cantidad Debida en Ganadería \$ _____

Préstamo en Propiedad de Renta \$ _____

Préstamo en Negocio \$ _____

Cantidad Debida en Otro \$ _____

Cantidad Debida a Agencia de Colecciones \$ _____

Total de Responsabilidades \$ _____

* 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: _____