



Rehabilitation
Hospital of
Indiana

Hospital de Rehabilitación de Indiana

Solicitud de Asistencia Financiera

En orden para una solicitud de asistencia financiera ser procesada, las siguientes financieras los artículos deben ser devueltos con esta solicitud y firmado. Por favor haga copias de todos los documentos, **No** envíe documentos originales.

LISTA DE DOCUMENTOS

Si tiene preguntas; por favor contáctenos al 317-329-2325

- Últimos 3 meses de recibos de sueldo o SSI
- Últimas 3 declaraciones de cuentas corrientes y ahorro, CD 's, acciones, bonos, cuentas del mercado monetario, etc.
- Declaración de impuestos de ingresos del estado y federales más reciente incluyendo listas C, D, E y F, cuando sea aplicable y W2s

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

Nombre del Paciente: _____ Cuenta #: _____

INFORMACION DEL GARANTE – (responsable financieramente)

Nombre: _____ Numero de teléfono : _____ SSN: _____
 Dirección: _____ Estado Civil: _____
 Fecha de nacimiento del paciente: _____
 Relación al paciente: _____ Numero de dependientes: _____

Nombre del Dependiente/Cónyuge	Fecha de Nacimiento	SS#	relación	empleado	Ingreso Mensual
				__S__N	
				__S__N	
				__S__N	
				__S__N	
				__S__N	

INFORMACIÓN DE EMPLEO/INGRESOS DEL GARANTE

Compañía: _____ Título: _____
 Dirección: _____ Salario: _____ Por: _____ (semana, mes, año)
 # de años: _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO/INGRESOS DEL CÓNYUGE

Compañía: _____ Título: _____
 Dirección: _____ Salario: _____ Por: _____ (semana, mes, año)
 # de años: _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO/INGRESOS CÓNYUGE PACIENTE

Beneficios de Veteranos: \$ _____ Jubilación: \$ _____ SSI: \$ _____
 Manutención: \$ _____ Desempleo: \$ _____ Otros: \$ _____



Solicitud de Asistencia Financiera

Página 2 de 2

INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO PARA EL PACIENTE

¿El paciente tiene seguro de salud? (S/N): _____ Fecha efectiva: _____
Nombre del Seguro Médico: _____ # ID del Miembro: _____
Teléfono del Seguro Médico: _____ Nombre Asegurado: _____
¿El paciente solicitó Medicaid? _____ (S/N)
Nombre y teléfono del administrador de casos de Medicaid #: _____

ACTIVOS (GARANTE O CÓNYUGE)

Balance de cuenta de Cheques: \$ _____ Balance de cuenta de ahorros: \$ _____
Otros saldos de bienes: \$ _____ 401 k o IRA: \$ _____ (CD's, acciones, bonos, cuentas del
mercado monetario, etc.) **TOTAL todos bienes:** \$ _____

BIENES RAÍCES (GARANTE O CÓNYUGE)

Valor estimado de la casa: \$ _____ Saldo de Hipoteca: \$ _____
Valor estimado de propiedades adicionales: \$ _____ Saldos Hipoteca: \$ _____

Utilice esta sección para proporcionar detalles adicionales, tales como la duración prevista de la discapacidad, la capacidad del paciente para trabajar en el futuro, información familiar, etc..

Entiendo que la información anterior se puede utilizar para completar una evaluación de elegibilidad de terceros y posible aplicación para programas de asistencia del gobierno y autorizar dicha solicitud. Certifico bajo pena de perjurio, que las respuestas que he dado son verdaderas y correctas a lo mejor de mi conocimiento. Estoy de acuerdo al proveedor de servicios dentro de 10 días si hay cambios en mi (o a la persona en cuyo nombre actúo) ingresos, propiedad, gastos, número de personas en casa, o cambio de dirección. Entiendo que puedo ser pedí para probar mis afirmaciones, y que mis declaraciones de elegibilidad estará sujeta a verificación por el contacto con mi empleador, Banco, proveedores de crédito y propiedad búsquedas. Entiendo que el hospital es necesaria por ley para mantener la confidencialidad de cualquier información que proporcione. Estoy más de acuerdo, que en la consideración para recibir servicios de salud como consecuencia de un accidente o lesión, a reembolsar al hospital con el producto de cualquier litigio o liquidación resultantes de tal incidente. Estoy de acuerdo que si me niegan Medicaid de Indiana por mi incumplimiento con el proceso de solicitud, se niega mi solicitud de ayuda financiera. Entiendo que la asistencia financiera sólo se puede aplicar hacia servicios que son médicamente necesarios. No se cubrirán servicios ampliados más allá de lo que es médicamente necesario por asistencia financiera RHI. Entiendo que si no califico para la ayuda financiera, puedo apelar la decisión por escrito con la documentación adicional. Si todavía me niegan ayuda financiera, será responsable del pago del saldo pendiente.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____