

Solicitud de ayuda financiera

Fecha de hoy:		Representante de admisión:	
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>			
Nombre del paciente:		Número de cuenta:	Fecha de nacimiento: Estado civil:
Dirección:			
N° de seguro social:	N° de teléfono del hogar:		N° de teléfono móvil:
Profesión:	Empleador:		N° de teléfono del empleador:
Nombre del cónyuge o responsable:	Relación con el paciente:	N° de seguro social:	Fecha de nacimiento: Número de teléfono:
Profesión:	Empleador:	N° de teléfono del empleador:	
<b>UNIDAD FAMILIAR</b>			
Cantidad de personas en la unidad familiar (incluido el paciente): _____			
Nombre:	Fecha de nacimiento:	N° de seguro social:	Cursando la escuela/graduado:
<b>CRITERIOS DE PRESUNTA ELEGIBILIDAD PARA AYUDA FINANCIERA</b>			
¿Se aplican los criterios de presunta elegibilidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si es SÍ, indique los criterios de presunta elegibilidad que se aplican.			
Programa de prescripciones financiado por el Estado	<input type="checkbox"/>	Programa de subsidio de almuerzo escolar	<input type="checkbox"/>
Sin hogar	<input type="checkbox"/>	Elegibilidad para otros programas de asistencia no financiados locales o del estado	<input type="checkbox"/>
Participación en el Programa WIC	<input type="checkbox"/>	Vivienda de bajos ingresos subsidiada con una dirección válida	<input type="checkbox"/>
Elegibilidad para cupones de alimentos	<input type="checkbox"/>	El paciente falleció y se desconoce su patrimonio	<input type="checkbox"/>
Elegibilidad para Medicaid con beneficios agotados o límites de cobertura excedidos	<input type="checkbox"/>		

**INGRESOS MENSUALES**

Ingresos:	Paciente:	Cónyuge o responsable:	Ingresos conjuntos:
Salario/sueldo mensual bruto:			
Salario/sueldo anual bruto:			
Beneficios de seguro social:			
Alimentos o manutención infantil:			
Compensación por accidente laboral:			
Otros ingresos:			
Ingresos totales:			

**BIENES**

Bienes	Nombre del bien:	Paciente:	Cónyuge o responsable:	Total de bienes en conjunto:
Cuenta corriente:				
Caja de ahorros:				
Acciones/bonos/mercados monetarios:				
Ingresos por herencia y fideicomisos:				
Valor de vivienda secundaria:				
Valor de vehículo secundario:				
Total de bienes:				

**GASTOS DEL HOGAR**

Gastos	Paciente:	Cónyuge o responsable:	Total de gastos del hogar:
Teléfono:			
Servicios públicos:			
Alimentos:			
Tarjetas de crédito:			
Televisión por cable:			



Otros:			
Total de gastos:			



A mi leal saber y entender, la información que antecede es verdadera y reconozco que cualquier persona que brinde de forma consciente declaraciones falsas o descripciones falsas en la solicitud estará sujeta a todas las penalidades que correspondan en virtud de la ley. Mediante una copia del documento, se le informa al garante que se puede verificar la información proporcionada anteriormente.

Firma del paciente o tutor	Fecha
Relación con el paciente:	

**Lakeside Medical Center Use Only**

Total Number in Family Unit	
Total Combine Monthly Income	
Total Combine Assets	
Total Combine Household Expenses	
Does Patient Meet Federal Poverty Guidelines?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Federal Poverty Level Guideline Ratio	
Financial Assistance Approval Date	
Financial Assistance Denial Date	
LMC Financial Counselor Name	
LMC Financial Counselor's Signature	Date: