



Estimado Paciente,

Por favor, encuentre adjunta la Solicitud de Asistencia Financiera que solicitó. Si no tiene ingresos para reportarse en la Solicitud, por favor llene el Estado de Ingreso Cero. Proporcione una prueba de que ha solicitado y se le ha negado la cobertura de Medicaid en el último año. También incluya los últimos 2 años de declaraciones de impuestos con su solicitud si tiene que presentar impuestos.

Si bien Levi está encantado de ayudarle con la ayuda financiera, tenga en cuenta que todas las solicitudes no serán aprobadas. Las aprobaciones solo se concederán mediante las directrices de la política vigente.

Gracias

Oficina de Negocios de Levi

501-622-3454

Hospital DE LEVI

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado, Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Trabajo: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección del empleado: _____

Ha solicitado Asistencia Médica (es decir, Medicaid) S N Si la respuesta es Si, en qué fecha? _____

INGRESOS

Sueldos/Salarios \$ _____

Seguro Social \$ _____

Pensiones \$ _____

Discapacidad/SSI \$ _____

Desempleo \$ _____

Compensación al trabajador \$ _____

Manutención de niños /cónyuge \$ _____

Beneficios de VA \$ _____

Asistencia pública \$ _____

Ingreso mensual tot. \$ _____

Ingreso anual tot. \$ _____

GASTOS

Hipoteca/Renta \$ _____

Impuestos a la \$ _____

Seguro \$ _____

Automóvil \$ _____

Tarjetas de crédito (total) \$ _____

Servicios públicos (agua, gas electric) \$ _____

Teléfono \$ _____

Manutención de menores /cónyuge \$ _____

Otro \$ _____

Gastos mensuales totales \$ _____

MIEMBROS DEL HOGAR

Nombre: _____ Relación/Edad _____

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

RECURSOS CONTABLES DEL HOGAR (ACTIVOS LÍQUIDOS)

Cuenta corriente \$ _____

Cuenta de ahorros \$ _____

Cuenta de ahorros para la salud \$ _____

Otro (explique) \$ _____

Certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y complete. Entiendo que la falsificación deliberada de la información contenida en esta solicitud resultará en la denegación de mi solicitud de asistencia financiera. Soy consciente de que la información proporcionada está sujeta a verificación por parte del Hospital Levi.

X _____

Fecha _____

****Incluya los dos años más recientes de declaraciones de declaraciones de impuestos con su solicitud.

LEVI HOSPITAL

DECLARACIÓN DE INGRESOS CERO

Para ser completado por un Solicitante cuyo hogar no ha tenido ingresos durante los últimos 30 días.

Yo, _____ Declarando que ningún miembro de mi hogar ha recibido ninguna fuente de ingresos durante los últimos 30 días.

Nuestro hogar ha estado sin ingresos desde _____ Espero y espero recibir algunos ingresos sobre o sobre _____ de _____

Durante el período anterior, ¿cómo satyó su familia con las necesidades de su hogar para:

Comida:

Vivienda y servicios públicos:

Gastos de vida: (facturas médicas, gastos de coche, ropa)

Entiendo que se me puede negar la asistencia financiera para hacer declaraciones falsas. Al firmar a continuación, estoy indicando que toda la información proporcionada anteriormente es verdadera.

Firma del solicitante: _____ Date: _____

Servicios Financieros para Pacientes

Firma del representante: _____ Date: _____