

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA CATEGORÍA B

I. Solicitante- Información Personal

Nombre Completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Raza: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Dirección de correo o dirección actual: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

¿Cuánto tiempo ha sido ésta su dirección?: _____

 Dirección de su domicilio (si es diferente o si tiene menos de 4 meses en esta dirección):

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Celular: _____

 Ciudadano Americano: Sí No Residente Permanente: Sí No

II. Información de Terceros

 1. ¿Tiene algún otro tipo de Seguro de salud? Sí No Qué tipo: _____

 2. ¿La enfermedad fue causada por un accidente? Sí No Qué tipo: _____

 Fecha del Accidente: _____ ¿Hay un reclamo pendiente? Sí No

 3. ¿Usted tiene cobertura de Medicare? Sí No Número de Medicare: _____

 4. ¿Usted recibe o ha solicitado Medicaid? Sí No

Fecha en la que lo solicitó: _____ Si ya lo recibe, proporcione el número de Medicaid: _____

¿Cuál fue la razón por la cual se lo negaron? _____

 5. ¿Usted ha solicitado algún tipo de seguro médico a través del Mercado De Intercambio de Salud? Sí No

Fecha en la que solicitó: _____ ¿Cuál fue el resultado?: _____

III. Miembros del Hogar o Dependientes

Nombre Completo	Número de Seguro Social	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Estado Civil

IV. Ingresos

1. Haga una lista con las cantidades de todas las fuentes de ingresos mensuales. (Los ingresos incluyen sueldo o salario antes de deducciones, recibos netos de trabajo por su propia cuenta, pagos de asistencia pública regular como Ayuda a Familias con Hijos Dependientes (AFDC, por sus siglas en inglés) de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), Seguro Social, Beneficios para Veteranos, pensiones u otros ingresos de retiros, compensación de desempleo, indemnización laboral, manutención infantil, pensión alimenticia, ingresos por intereses, etc.)

Nombre del miembro de la casa	Ingreso bruto	Frecuencia	Nombre y dirección de la fuente

2. Si en este momento no está trabajando, ¿cuál fue su último día de empleo? _____

Nombre del Empleador: _____

3. Si ninguno de los miembros del hogar trabajan actualmente, ¿cómo se mantiene? Por favor, explique:

4. ¿Usted o alguno de los miembros del hogar ha recibido una suma de dinero durante los últimos 3 meses (por reembolso de impuestos, liquidación de seguros, etc.)? Sí No

Si respondió que sí, ¿cuánto recibió?: _____ ¿De quién? _____

V. Recursos

1. ¿Usted u otro de sus parientes son propietarios de inmobiliarios (casa, terreno, edificios, propiedad vitalicia, casas rodantes, etc.)? Sí No

Si respondió que sí, provea la siguiente información:

Tipo de Propiedad	Propietario(s) (si son varios propietarios enumérelos a todos)	Ubicación	Valor de Mercado

2. ¿Usted u otro miembro de su familia son propietarios de inmobiliarios recreacionales sujetos a impuestos (casas rodantes (aparte de su hogar), motocicletas, o algún otro tipo de vehículo)? Sí No

Si respondió que sí, provea la siguiente información:

Tipo de propiedad	Propietario(s) registrado	Año, Marca Y Modelo	Valor de Mercado

3. ¿Usted u otro miembro de su familia son propietarios de activos líquidos (efectivo en caja, cuentas de ahorro o corrientes, Bonos Americanos de Ahorro, acciones, fondo fiduciario, depósitos certificados, cuentas individuales de retiro (IRA, por sus siglas en inglés), 401K, etc.)? Sí No

Si respondió que Sí, provea la siguiente información:

Tipo de activos líquidos	Nombre en las cuentas	Nombre de la compañía	Número de cuenta	Cantidad/valor

VI. Tránsito de Recursos

¿Usted o algún miembro de su familia ha vendido u obsequiado algún bien o fondo en los últimos 3 meses? Sí No

Si respondió que Sí, provea la siguiente información:

Recurso vendido u obsequiado	Nombre de las personas a quien le fue vendido u obsequiado	Fecha	Cantidad Recibida	Razón por vender u obsequiar

VII. Declaración de Entendimiento

Yo entiendo que mi expediente es confidencial y ninguna información será divulgada a menos de que sea autorizada apropiadamente por mí.

Yo autorizo a Lexington Medical Center a obtener una copia de mi reporte de crédito. Esta información será utilizada para determinar mi condición de elegibilidad para este programa. También entiendo que Equifax Information Services (agencia donde se reporta el crédito) prohíbe a Lexington Medical Center de proporcionar esta información al consumidor para su uso de información personal.

Yo certifico que he leído o me han leído todo las declaraciones en este formulario y que la información proporcionada es verdadera y completa según mi leal saber y entender. Yo entiendo que si yo deliberadamente he dado alguna falsa información o he omitido alguna información respecto a cualquier situación, yo estoy sujeto de ser enjuiciado por fraude. Yo autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para determinar mi elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera de Lexington Medical Center.

Firma del Solicitante		Fecha	
Firma del Representante Autorizado/Parentesco		Dirección	Fecha
Firma del testigo	Fecha	Firma de quien se designe para la aprobación	Fecha
Entrevistador/a	Fecha	Compañía entrevistada	

VIII. Notas sobre el caso

**LEXINGTON MEDICAL CENTER FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM WORKSHEET
(FOR OFFICE USE ONLY)**

The eligibility factors identified below must be met before an applicant can be certified for assistance through the LMC FAP. Please indicate if each factor is met and how it was verified.

1. Number of family members

2. Family Income (total gross annual income)

3. Family Resources

A. Home Property LMC FAP LIMIT
TOTAL VALUE OF HOME PROPERTY

B. Non-home real property and taxable personal property LMC FAP LIMIT
TOTAL VALUE OF NON-HOME REAL AND TAXABLE PERSONAL PROPERTY

C. Liquid Assets LMC FAP LIMIT
TOTAL VALUE OF LIQUID ASSETS

Does the applicant's liquid assets exceed the LMC FAP limit? Yes No If yes, by how much? \$_____

Did the applicant spend the excess on valid debts of the family which were incurred prior to the date of application or during the applicant's hospitalization? Yes No