



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Sección 1- Información del solicitante.

Nombre (nombre, apellido)	Número de la Seguridad Social	Fecha de nacimiento (MM, DD, AAAA)	
Dirección	Ciudad	Estado y código postal	Número de teléfono
<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> No tengo dónde vivir <input type="checkbox"/> Vivienda proporcionada por un familiar o amigo			
Estado civil:	Estado laboral:		
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante Patrono: _____ Si está desempleado, último día en que trabajó: ____/____/____		

Sección 2- Miembros del hogar *tal y como se indica en la declaración de impuestos*
(use una hoja separada para agregar a los dependientes adicionales)

Nombre	Número de la Seguridad Social	Relación	Fecha de nacimiento

Sección 3- Información de terceros

1. ¿Su condición de salud se debe a un accidente con una lesión personal o un vehículo automotor?
 Sí No No aplica (Fecha del accidente __/__/__)
2. ¿Recibe o ha solicitado Medicaid? Sí No
 No aplica
3. ¿Ha solicitado un seguro mediante el Healthcare Market Exchange? Sí
 No No aplica



Ingresos (brinde la información de sus ingresos, los de su cónyuge y todos los demás miembros de la familia, si corresponde).

<u>Fuente de ingresos</u>	<u>Pago bruto mensual</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Quién recibe este ingreso</u>
Salarios/Empleo por cuenta propia			
Beneficios de la Seguridad Social			
Pensión/Jubilación/Renta vitalicia			
Pensión para los hijos			
Beneficios por desempleo, discapacidad de corto/largo plazo			
Indemnización laboral			
Intereses/Dividendos/Inversiones			
Ingreso de una propiedad alquilada			

1. ¿Usted u otros miembros del hogar son propietarios de bienes raíces, fuera de su residencia principal? **(Bienes raíces, terrenos, propiedades de inversión, usufructos vitalicios, casas rodantes, etc.)** Sí No
(Use una hoja separada para incluir propiedades adicionales).

<u>Tipo de propiedad</u>	<u>Propietario (si son varios dueños, menciónelos a todos)</u>	<u>Valor de mercado</u>

Sección 5- Activos líquidos y pagos únicos (cuenta corriente, cuenta de ahorros, certificado de ahorros, acciones o bonos, cuentas fiduciarias). (Use una hoja separada para incluir cuentas adicionales).



No poseo cuentas corrientes, de ahorros, del mercado monetario u otros activos líquidos).

<u>Tipo/Número de cuenta</u>	<u>Propietario de la cuenta</u>	<u>Nombre del banco/la institución</u>	<u>Saldo</u>

<u>Pago único Fuente de ingresos</u>	<u>¿Algún miembro de la familia ha recibido lo siguiente:</u>	<u>(Si la respuesta es afirmativa, cuándo se recibió este pago)</u>	<u>Miembro del hogar</u>
Herencias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Lotería u otra ganancia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Acuerdo de indemnización laboral/Seguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Acuerdo por discapacidad VA/Seguridad Social	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Indemnización por despido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Ganancias de capital	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Otro pago único	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

*La información de activos líquidos y pagos únicos se requiere para procesar su solicitud.



Tome en cuenta que si no completa todas las secciones, podría negarse su solicitud.

Entiendo que esta solicitud se aplica solo a los servicios brindados por Lexington Medical Center y los consultorios médicos afiliados. No aplica a los servicios brindados por otros que puedan haber asistido en mi tratamiento. **Entiendo que no todos los servicios médicos de Lexington Medical Center y los consultorios médicos afiliados califican para la asistencia financiera, lo que incluye el tratamiento de todos los procedimientos electivos y el tratamiento relacionado con un Accidente en un vehículo automotor.**

Entiendo que el expediente de mi caso es confidencial y no se divulgará ninguna información de él, a menos que yo lo autorice como corresponde.

Autorizo a Lexington Medical Center a obtener una copia de mi historial crediticio. Esta información se usará para determinar mi elegibilidad para este programa. Asimismo, bajo Equifax Information Services (agencia de informes crediticios) le prohíbo a Lexington Medical Center y los consultorios médicos afiliados brindarle esta información a sus clientes para el uso personal.

Doy fe de que he leído o me han leído todas las declaraciones de este formulario y que la información brindada es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que si, intencionalmente, brindo **cualquier** información falsa o retengo **cualquier** información referente a **cualquier** situación, puedo ser acusado de fraude y Lexington Medical Center y los Consultorios médicos afiliados se reservan el derecho de revocar mi aprobación de asistencia financiera. Autorizo la divulgación de cualquier información que sea necesaria para determinar mi elegibilidad al Programa de asistencia financiera de Lexington Medical Center.

Firma del solicitante		Fecha de hoy:
Firma del representante autorizado (si corresponde)	Relación	Fecha de hoy:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	MRN:
---------------------	---------------------	------