



SOLICITUD CONFIDENCIAL DE ASISTENCIA FINANCIERA

Yo entiendo que la información que presento en relación con mis ingresos anuales, el tamaño de mi familia y mis bienes está sujeta a verificación por parte de Spectrum Health. También entiendo que, si se determina que la información presentada es falsa, se rechazará esta solicitud y el saldo adeudado en la cuenta seguirá siendo mi responsabilidad.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, contáctenos al teléfono 844-838-3115 o al correo electrónico financialcounseling@spectrumhealth.org.

| SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DE(L)/A PACIENTE (Por favor use letra de imprenta) | | | | | | | |
|---|---------------------|--|---|----------------------------|---|-------------------------------|---|
| Número de cuenta | | Fecha(s) de servicio: | | | Número de Seguro Social | | |
| Apellido | | Nombre de pila | | Inicial del segundo nombre | | Fecha de nacimiento | |
| Domicilio | | | Ciudad | | Estado | | Código postal |
| Teléfono de su casa () () | | Teléfono celular () () | | Otro teléfono () () | | Condado | |
| Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Otro | | ¿Usted es residente documentado/a de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | ¿Usted tenía seguro médico o alguna otra cobertura al momento de recibir el servicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Usted hace una Declaración Anual de Impuestos Federales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que no, ¿por qué? _____ | | ¿Quién es el declarante principal? <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otra persona: _____ | | | ¿Alguien en su casa recibe asistencia pública? <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Otra: _____ | | |
| SECCIÓN DOS: INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR (Incluya en la lista a todas las personas que viven con usted) | | | | | | | |
| Nombre de la persona | Fecha de nacimiento | Parentesco con el/la paciente | ¿Esta persona está nombrada en su Declaración Anual de Impuestos Federales? | Nombre de la persona | Fecha de nacimiento | Parentesco con el/la paciente | ¿Esta persona está nombrada en su Declaración Anual de Impuestos Federales? |
| 1. | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 4. | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 5. | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 6. | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si hay otros integrantes en su grupo familiar, puede indicar sus nombres en una hoja adicional. | | | | | | | |

SECCIÓN TRES: GASTOS (Anote los gastos mensuales de todos los integrantes del grupo familiar)**ESTA SECCIÓN NO ES REQUISITO PARA LAS CLÍNICAS NHSC O MSLRP.**

| | | | |
|--|--|--|---------------------|
| Hipoteca o pago de la casa | Pago del automóvil | Calefacción | Teléfono celular |
| Impuestos sobre la propiedad (monto anual) | Seguro del automóvil | Electricidad | Comestibles |
| Alquiler / Alquiler del terreno | Combustible (vehículo) | Teléfono | Gastos de educación |
| Seguro de vivienda / de alquiler | Cuidado de niños / Sustento de menores | Agua / Alcantarillado / Servicio de basura | Otros: _____ |
| Seguro médico / Gastos médicos | Seguro de vida | Cable / Satélite / Internet | Otros: _____ |

SECCIÓN CUATRO: INGRESOS (Anote los ingresos de todos los integrantes del grupo familiar)

| Fuente del ingreso mensual | ¿Qué integrante del grupo familiar recibe este ingreso? | Monto bruto actual del ingreso mensual | Fuente del ingreso mensual | ¿Qué integrante del grupo familiar recibe este ingreso? | Monto bruto actual del ingreso mensual |
|---|---|--|---|---|--|
| Salarios | | | Salarios | | |
| Trabajo independiente | | | Trabajo independiente | | |
| Sustento de menores / Pensión alimenticia | | | Sustento de menores / Pensión alimenticia | | |
| Seguro Social | | | Seguro Social | | |
| Inversiones / Intereses | | | Inversiones / Intereses | | |
| Pensión / Dividendos | | | Pensión / Dividendos | | |
| Propinas / Comisiones | | | Propinas / Comisiones | | |
| Ingresos por alquiler | | | Ingresos por alquiler | | |
| Ingresos tribales | | | Ingresos tribales | | |
| Desempleo | | | Desempleo | | |
| Compensación por lesiones laborales | | | Compensación por lesiones laborales | | |
| Otros: _____ | | | Otros: _____ | | |

SECCIÓN CINCO: BIENES DEL GRUPO FAMILIAR (Anoté los bienes de todos los integrantes del grupo familiar)

ESTA SECCIÓN NO ES REQUISITO PARA LAS CLÍNICAS NHSC O MSLRP.

| Fuente del bien | ¿Qué integrante del grupo familiar es propietario de este bien? | Valor actual del bien | Fuente del bien | ¿Qué integrante del grupo familiar es propietario de este bien? | Valor actual del bien |
|---|---|-----------------------|--|---|-----------------------|
| Cuenta corriente bancaria | | | Valor de la propiedad (casa) | | |
| Cuenta corriente nro. 2 | | | Valor de la propiedad nro. 2 | | |
| Cuenta de ahorros | | | Valor del vehículo (principal) | | |
| Cuenta de ahorros nro. 2 | | | Valor del vehículo nro. 2 | | |
| Certificados de depósito / Mercado de valores | | | Motocicleta / Vehículo todoterreno / Lancha / Remolque | | |
| 401k / 403B / IRA / Fondo para jubilación | | | Seguro de vida (valor de rescate) | | |
| Acciones / Bonos / Anualidad | | | Otros: _____ | | |
| Cuenta de ahorro para salud (HSA) / Cuenta de ahorro flexible (FSA) | | | Otros: _____ | | |

Mediante mi firma a continuación, yo certifico que todo lo declarado en esta solicitud y en cualquier adjunto es verdadero.

Firma de la persona responsable _____ Fecha _____

Firma del cónyuge _____ Fecha _____

Devolver a:

Spectrum Health

Attn: Financial Counseling

100 Michigan

Grand Rapids, MI 49503

Adjunte copias de:

____ Declaración de Impuestos más reciente

____ Estados de cuentas bancarias completos de tres meses

____ Comprobantes de ingresos de tres meses (talones de pagos, etc.)

____ Estados de cuenta vigentes para todas las inversiones

____ Determinación / denegación de Medicaid, si solicitó

____ Si no tiene ingresos, una carta de quien le proporciona sustento