

**HOSPITAL FOR SPECIAL CARE
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

MIEMBROS DEL HOGAR (PONGA SU NOMBRE PRIMERO)

Nombre(s)	Relación/parentesco	Sexo	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Núm.de seguro social
-----------	---------------------	------	---------------------	---------------------	----------------------

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Si usted o cualquier miembro del hogar está embarazada, indique el nombre _____ y la fecha del parto _____

¿Es ciudadano estadounidense? Sí No Si no lo es, indique su condición de extranjería _____ y número _____

Fecha de entrada a los EE. UU. _____ Lugar de entrada _____ País de origen _____

INFORMACIÓN LABORAL

Indique los datos de su actual o último patrón y del de cualquier otra persona que tenga ingresos en su hogar.

Nombre	Patrón	Puesto	Fecha de contratación	Fecha de cese	Razón por la que dejó el empleo
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

INGRESOS ACTUALES

Nombre del asalariado	Patrón	Horas/semana	Monto (mensual/semanal) (bruto)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(Encierre con un círculo una opción)

OTROS INGRESOS (bruto)	SÍ	NO	Fecha de solicitud	Monto mensual/semanal
SSI	___	___	_____	\$ _____
Seguro social	___	___	_____	\$ _____
Pensión	___	___	_____	\$ _____
Rentas vitalicias	___	___	_____	\$ _____
Compensación laboral	___	___	_____	\$ _____
Compensación por desempleo	___	___	_____	\$ _____
Beneficios para veteranos	___	___	_____	\$ _____
Asignación militar	___	___	_____	\$ _____
Prestaciones por enfermedad/discapacidad	___	___	_____	\$ _____
Ingresos por huéspedes/inquilinos	___	___	_____	\$ _____
Ingresos por alquiler de propiedad	___	___	_____	\$ _____
Manutención de menores/pensión alimenticia	___	___	_____	\$ _____
Otro (tipo y origen)	___	___	_____	\$ _____

Si no tiene ingresos, explique de qué forma ha satisfecho sus necesidades médicas/básicas.

BIENES

¿Usted o alguien en su hogar tiene cualquiera de lo siguiente?

Efectivo disponible _____ Sí _____ No Si la respuesta es "Sí", indique el monto \$ _____

Cuentas bancarias o de cooperativas de crédito _____ Sí _____ No Si la respuesta es "Sí", llene lo siguiente:

Nombre del banco/cooperativa de crédito	Dirección	Núm. de cuenta	Tipo	Saldo
_____	_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	_____	\$ _____

Rentas vitalicias, fideicomisos y/o acciones y bonos ___ Sí ___ No Si la respuesta es "Sí", llene lo siguiente:

Nombre de la compañía/institución	Núm. de cuenta	Número de acciones	Valor actual
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Vehículos automotores, motocicletas, casas rodantes, remolques, embarcaciones, etc. _____ Sí _____ No

Tipo	Marca	Modelo	Año	Núm. de registro	Valor conforme a la NADA	Saldo del préstamo	Participación
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Seguro de vida: _____ Sí _____ No Si la respuesta es "Sí", llene lo siguiente:

Asegurados	Nombre de la compañía	Fecha de entrada en vigor	Valor nominal	Valor en efectivo
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Bienes inmuebles: _____ Sí _____ No Si la respuesta es "Sí", llene lo siguiente:

(Casa, terreno, propiedad para alquiler, etc.)

Ubicación y tipo de propiedad	Titular de la hipoteca	Saldo actual del préstamo
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Otros bienes: _____ Sí _____ No Si la respuesta es "Sí", llene lo siguiente:

ANTECEDENTES MILITARES

¿Usted o alguien en su hogar ha servido en el ejército? _____ Sí _____ No

Si la respuesta es "Sí", nombre: _____ Fechas de servicio: _____

Cuerpo de servicio: _____ Veterano discapacitado: _____ Sí _____ No

Solicitud para: Fondo para marineros, soldados, infantes de marina: _____ Sí _____ No Si la respuesta es "Sí", fecha de la solicitud: _____

Solicitud para: Administración de veteranos: _____ Sí _____ No Si la respuesta es "Sí", fecha de la solicitud: _____

SEGURO/BENEFICIOS MÉDICOS

Persona cubierta	Fuente y tipo (es decir, aseguradora/HMO)	Identificación/núm. de caso	Fecha de entrada en vigor
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

GASTOS

<i>ALQUILER</i>	Por mes/semana	<i>PROPIEDAD ADQUIRIDA</i>	Por mes/semana
Apartamento/casa	\$ _____	Casa	\$ _____
Alojamiento y pensión	\$ _____	Condominio	\$ _____
Alojamiento únicamente	\$ _____	Casa rodante	\$ _____
Otros (explique)	\$ _____	Otros (explique)	\$ _____
El alquiler incluye (marque lo que corresponda)		Gasto de hipoteca	\$ _____
Agua caliente ___ Calefacción ___ Energía eléctrica ___ Gas ___ Impuestos anuales			\$ _____

GASTOS POR SERVICIOS PÚBLICOS

DEUDA EN TARJETA DE CRÉDITO

Calefacción/energía eléctrica/gas	\$ _____	Acreeador	Pago mensual
Teléfono	\$ _____	_____	\$ _____
TV por cable	\$ _____	_____	\$ _____
Agua	\$ _____	_____	\$ _____

OTROS GASTOS DIVERSOS DEL HOGAR

(ENCIERRE CON UN CÍRCULO UNA OPCIÓN)

Manutención de menores/Pensión alimenticia	\$ _____	por semana/mes/año
Préstamo de auto/vehículo	\$ _____	por semana/mes/año
Seguro de auto/vehículo	\$ _____	por semana/mes/año
Seguro de salud	\$ _____	por semana/mes/año
Seguro de vida	\$ _____	por semana/mes/año
Préstamo educativo/estudiantil	\$ _____	por semana/mes/año
Gastos hospitalarios/médicos	\$ _____	por semana/mes/año
Cuidado de menores	\$ _____	por semana/mes/año
Préstamo personal	\$ _____	por semana/mes/año
Otros (indíquelos)	\$ _____	por semana/mes/año
	\$ _____	por semana/mes/año

SOLICITANTE

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

1. Por medio del presente documento solicito atención de beneficencia de Hospital for Special Care.
2. Certifico que todas las declaraciones que hice en esta solicitud son ciertas y correctas, bajo pena de perjurio, según lo estipula la Política de Hospital for Special Care para la atención de beneficencia.
3. Entiendo que tengo derecho a apelar en caso de que no esté satisfecho con la decisión del hospital sobre mi solicitud.
4. Acepto que la información que proporcioné en esta solicitud debe ser verificada, y acepto proporcionar la documentación que se me solicite.
5. Autorizo a Hospital for Special Care realizar una investigación a fin de determinar mi elegibilidad, y doy permiso al hospital para obtener la información personal y/o financiera necesaria de las siguientes fuentes, entre otras: bancos, cooperativas de crédito y otras instituciones financieras, patrones, proveedores de servicios médicos, arrendador, agencias de crédito y otras agencias estatales y federales como el Departamento de Servicios Sociales, el Departamento del Trabajo, la Administración del Seguro Social, el Departamento de Asuntos de los Veteranos y el Servicio de Ciudadanía e Inmigración.
6. Acepto concluir el proceso de solicitud de cualquiera de los beneficios de terceros a los que pueda tener derecho, incluyendo seguro de salud, beneficios para veteranos, etc. Además, acepto que solicitaré y concluiré el proceso de solicitud de ayuda médica estatal y/o ayuda médica municipal.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del cónyuge/intérprete/testigo

Fecha

Firma del representante de Cuentas de Pacientes

Fecha

ENVÍESE POR CORREO A: Hospital for Special Care, 2150 Corbin Avenue, New Britain, CT 06053
A la atención de: Representante de Cuentas de Pacientes

Hospital for Special Care

Apelación de la determinación de elegibilidad para recibir atención de beneficencia

Nombre del paciente o garante

Dirección

Ciudad, estado, código postal

La decisión sobre la atención de beneficencia se recibió el día _____.

Marque una opción:

_____ Estoy apelando la decisión de **denegación** de atención de beneficencia.

_____ Estoy apelando la decisión del **porcentaje** que fue aprobado.

Agradeceré que reconsideren mi solicitud de atención de beneficencia con base en la siguiente información:

Adjunte cualquier documento que respalde la información antedicha.

Firma

Fecha

Hospital for Special Care
Hoja de trabajo para la atención de beneficencia

Nombre del paciente _____ Fecha de solicitud _____

Dirección _____ Fecha de determinación _____

_____ Válido hasta _____

Número de miembros de la familia _____

Mensualmente _____

Anualmente _____

Razón de la denegación:

Ingresos altos: _____

No se proporcionó la información solicitada: _____

Bienes importantes: _____

Se proporciona verificación de los ingresos (adjunte copias) Recomendación/observaciones

Bienes

Se proporciona verificación de los bienes (adjunte copias)

Límites de ingresos

Elegibilidad

Sí _____
 % _____
 No _____

Total _____

Revisado por _____ Fecha _____

Aprobado por _____ Fecha _____

Denegado por _____ Fecha _____

