

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

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

**MIEMBROS DEL HOGAR (ANÓTESE A SÍ MISMO DE PRIMERO)**

Nombre(s)    Relación    Sexo    Fecha de nacimiento    Lugar de nacimiento    N.º de seguro social

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

Si usted o cualquier miembros del hogar está(n) embarazada(s), indique el nombre \_\_\_\_\_ y la fecha de parto \_\_\_\_\_

¿Es usted ciudadano de los EE. UU.?     Sí     No    Si la respuesta es negativa, indique su estatus de extranjería \_\_\_\_\_ y el número \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso a los EE. UU. \_\_\_\_\_ Lugar de ingreso \_\_\_\_\_ y país de origen \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN LABORAL**

*Indique su empleador, actual o previo, y el de cualquier otra persona de su hogar que reciba ingresos.*

Nombre	Empleador	Cargo	Fecha de contratación	Fecha de cese en la que dejó el empleo	Motivo
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

**INGRESOS ACTUALES**

Nombre del asalariado	Empleador	Horas/semana	(Encierre una en un círculo) Monto (por mes/semana) (bruto)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

OTROS INGRESOS	SÍ	NO	Fecha de solicitud	Monto (por mes/semana) (bruto)
SSI	_____	_____	_____	\$ _____
Seguro Social	_____	_____	_____	\$ _____
Pensión	_____	_____	_____	\$ _____
Rentas vitalicias	_____	_____	_____	\$ _____
Compensación laboral	_____	_____	_____	\$ _____
Compensación por desempleo	_____	_____	_____	\$ _____
Beneficios para veteranos	_____	_____	_____	\$ _____
Asignación militar	_____	_____	_____	\$ _____
Beneficios por enfermedad/discapacidad	_____	_____	_____	\$ _____
Ingresos por huéspedes/inquilinos	_____	_____	_____	\$ _____
Ingresos por alquiler de propiedad	_____	_____	_____	\$ _____
Manutención infantil/Pensión alimenticia	_____	_____	_____	\$ _____
Otro (tipo y origen)	_____	_____	_____	\$ _____

Si usted no tiene ingresos, explique cómo ha estado cubriendo sus necesidades médicas/vitales básicas.

---



---



---



---

### ACTIVOS

¿Usted o alguien de su hogar tienen cualquiera de los siguientes?

Efectivo en mano \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si la respuesta es positiva, monto en \$ \_\_\_\_\_

**Cuentas bancarias o de la cooperativa de crédito** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si la respuesta es positiva, complete a continuación:

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

**Rentas vitalicias, fideicomisos y/o acciones y bonos**  Sí  No Si la respuesta es positiva, complete a continuación:

Nombre de la compañía/institución    Número de cuenta    Número de acciones    Valor actual

\_\_\_\_\_

**Vehículo(s) motorizado(s): autos, motocicletas, casas rodantes, remolques, embarcaciones, etc.**  
 Sí  No

Tipo	Marca	Modelo	Año	N.º de registro	Valor conforme a la Asociación Nacional de Comerciantes de Automóviles	Saldo del préstamo	Participación
					(NADA, por sus siglas en inglés)		
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**Seguro de vida:**  Sí  No Si la respuesta es positiva complete a continuación:

Asegurado	Nombre de la compañía	Fecha efectiva	Valor nominal	Valor en efectivo
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**Bienes inmuebles:**  Sí  No Si la respuesta es positiva, complete a continuación:

(Casa/Tierras/Propiedad en alquiler/etc.)

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

**Otros activos:**  Sí  No Si la respuesta es positiva, complete a continuación: \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MILITAR

¿Ha prestado usted, o alguien más de su hogar, servicio militar?  Sí  No

Si la respuesta es positiva, nombre: \_\_\_\_\_ Fechas de servicio: \_\_\_\_\_

Cuerpo de servicio: \_\_\_\_\_ Veterano discapacitado:  Sí  No

Solicitado a: Fondo de marineros, soldados, infantes de marina:  Sí  No Si la respuesta es positiva, fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Solicitado a: Administración de veteranos:  Sí  No Si la respuesta es positiva, fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

## SEGURO/BENEFICIOS MÉDICOS

Persona cubierta	Fuente y tipo (es decir, Compañía de seguros/HMO)	Número de identificación/caso	Fecha efectiva
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### GASTOS

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

### ***GASTOS POR SERVICIOS PÚBLICOS***

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

### ***DEUDA EN TARJETA DE CRÉDITO***

Acreeedor	Pago mensual
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____

### ***OTROS GASTOS DIVERSOS DEL HOGAR***

(ENCIERRE UNA EN UN CÍRCULO)

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 de la presente solicito asistencia financiera a 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 asistencia financiera de Hospital for Special Care.
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 a 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, empleadores, proveedores de servicios médicos, arrendador, agencias de crédito y otras agencias estatales y federales tales como el Departamento de Servicios Sociales, el Departamento del Trabajo, la Administración del Seguro Social, el Departamento de Asuntos de 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 las 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 la cuenta 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 en base a la siguiente información:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adjunte cualquier documento que respalde la información anterior.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha