

Devuelva por correo la solicitud de asistencia financiera y los adjuntos necesarios a la siguiente dirección:

ARS Team Patient Financial Services
Parkview Health
P.O. Box 5600
Fort Wayne, IN 46895

Puede enviar un fax a este número:

Parkview Patient Accounting
260-458-5811

Fecha de envío de la solicitud al paciente: _____

Para preguntas acerca de la aplicación, por favor llame
260-266-6700 o al número gratuito 855-814-0012

GARANTE

Número del garante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre del garante: Apellido: _____ Nombre: _____ Número de Seguridad Social: _____

Dirección residencial: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Nombre del paciente: _____ Empleador: _____

Nombres de las personas a cargo

Edad

Parentesco con el garante

<u>Nombres de las personas a cargo</u>	<u>Edad</u>	<u>Parentesco con el garante</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

INGRESOS

Total de ingresos mensuales del garante: \$ _____

Ingresos de alquiler: \$ _____

Ingresos mensuales del cónyuge: \$ _____

Pensión: \$ _____

Ingresos mensuales en pensión alimenticia infantil: \$ _____

Indemnización por desempleo: \$ _____

Ingresos mensuales por discapacidad: \$ _____

Asignación militar: \$ _____

Ingresos de Seguridad Social: \$ _____

Otros ingresos (detallar): \$ _____

CUENTAS BANCARIAS

Saldo en cuenta corriente: \$ _____

Otras inversiones (marque todas las que correspondan): \$ _____

Saldo en cuenta de ahorro: \$ _____

Cta. IRA Cta. CD Acciones Bonos Cta. 401K Cta. 403B Anualidades

GASTOS MENSUALES

Gastos **Pago mensual**

Gastos **Pago mensual**

Cuota de hipoteca o de alquiler: \$ _____

Cuota del automóvil: \$ _____

Servicios públicos: \$ _____

Préstamos estudiantiles: \$ _____

Internet/cable: \$ _____

Pensión alimenticia infantil: \$ _____

Teléfono (fijo y celular): \$ _____

Tarjetas de crédito: \$ _____

Medicamentos: \$ _____

Varios (detallar): \$ _____

Otras cuentas médicas: \$ _____

Varios (detallar): \$ _____

Para cumplir la directiva de asistencia financiera, el paciente debe adjuntar determinados documentos a la solicitud de asistencia financiera para documentar y confirmar su derecho a recibir asistencia financiera. La siguiente lista de verificación le ayudará con los documentos necesarios. Marque la casilla "Adjunto" correspondiente al documento que acompañe su solicitud. Si un documento en particular no se aplica a su caso o al de las personas a cargo suyo, marque la casilla NC (no corresponde).

Adjunto obligatorio	Adjunto	Comentarios	NC
Formularios W2 y/o formularios 1099 del año anterior de todos los empleados.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Formularios de declaración federal de impuestos 1040 del año pasado con adjuntos. Si usted no presenta declaraciones de impuestos, explique los motivos.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Los dos últimos extractos de cuenta corriente, cuenta de ahorros, certificados de depósito y de inversiones en valores y bonos, en los cuales consten todas las operaciones de los 60 días últimos.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Los dos recibos de sueldo más recientes del garante y del cónyuge, donde consten los ingresos y las deducciones del año en curso hasta la fecha. Si usted está con licencia médica o si tiene discapacidad de corto plazo, debe presentar certificado médico donde indique la fecha anticipada de su regreso al trabajo.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Si presenta la solicitud en enero o febrero del año nuevo, incluya el último recibo de sueldo de todos los empleadores correspondiente al año pasado, además de los recibos de sueldo más recientes.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Copia de los dos últimos cheques de Seguridad Social o estados de cuenta bancaria donde conste el depósito automático de esos cheques.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Copia del cheque de su pensión, o estado de cuenta bancaria donde conste el depósito automático de dicho cheque.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Comprobante de ingresos militares o de la Administración de Veteranos.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Comprobante de elegibilidad para recibir cupones de alimentos.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Comprobante de beneficios del seguro de desempleo o de cese de empleo.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Comprobante de asistencia financiera del administrador municipal.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Comprobante de asistencia para la vivienda Sección 8.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Comprobante de asistencia financiera de CANI.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Comprobante de asistencia financiera de iglesia o institución caritativa.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Comprobante de elegibilidad de la persona a cargo para recibir asistencia de Hoosier Healthwise.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Carta del refugio para personas sin hogar o del centro de reinserción social donde conste que el paciente reside en tal refugio o centro.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Si tiene un familiar en una residencia de ancianos o en un centro tutelado, cite los cargos mensuales de atención según lo informado por esos centros.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Si recibe asistencia de amigos o familiares, carta del amigo o familiar donde consten los tipos de asistencia recibida.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Si es empleado autónomo, ingresos y gastos detallados en lo que va del año hasta la fecha.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Copias de todas las cuentas médicas adeudadas.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Copia de todos los comprobantes de medicamentos recetados.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Dirección de la propiedad en alquiler y su valor neto.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Valor de mercado de la propiedad en alquiler.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Declaro que la solicitud tiene datos completos y correctos. Autorizo a Parkview Health para que verifique esta información.

Firma del garante: _____ **Fecha:** _____

Firma del cónyuge: _____ **Fecha:** _____

--- FOR PATIENT ACCOUNTING USE ONLY ---

Family Size: _____ Date: _____ Approved/Denied: _____

Guidelines: _____ Reason: _____

FPL Income: _____ FPL Percentage: _____