



**Charleston Area
Medical Center**

501 Morris St.
PO Box 1547
Charleston, WV 25326



**SOLICITUD DE ASISTENCIA
ECONÓMICA DEL PACIENTE**

CUENTA N.º _____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección del paciente: _____ **Teléfono:** _____

Empleador: _____ **Estatus del empleo:** _____

Nombre del garante o cónyuge: _____ **Relación:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

N.º de dependientes en la familia: Incluir los nombres y las fechas de nacimiento _____
(estudiantes de tiempo completo menores de 18 o de 21 años)

Possible elegibilidad: El paciente/garante actualmente está inscrito en un programa de beneficios o asistencia económica patrocinado por el estado.

Nombre del programa: _____

Nombre de los documentos que confirman la elegibilidad para el programa: _____

INGRESOS: Escriba los ingresos de la familia (incluso si califica según una posible elegibilidad como se muestra arriba). Presente copia de la declaración de impuestos federales o de los comprobantes de pago más recientes. Si no califica según la posible elegibilidad de arriba.

Marque aquí si no es necesario que usted presente una declaración de impuestos federales.

SALARIOS mensuales por familia:

| | | | |
|---|----------|---|----------|
| EMPLEO: | \$ _____ | TRABAJO INDEPENDIENTE: | \$ _____ |
| REMUNERACIÓN POR DESEMPLEO: | \$ _____ | SEGURO SOCIAL/Pensiones: | \$ _____ |
| ASISTENCIA PÚBLICA/DE BIENESTAR SOCIAL: | \$ _____ | MANUTENCIÓN DE MENORES/PENSIÓN ALIMENTICIA: | \$ _____ |
| INGRESOS POR DISCAPACIDAD: | \$ _____ | MISCELÁNEOS (INTERESES, ALQUILER): | \$ _____ |
| TODOS LOS OTROS INGRESOS: | \$ _____ | | |

ACTIVOS DE la familia:

CASA PROPIA: _____ SALDO ACTUAL: \$ _____ VALOR: \$ _____
OTRA PROPIEDAD: _____ SALDO ACTUAL: \$ _____ VALOR: \$ _____

Auto 1: ___ MARCA/MODELO: _____ AÑO: _____ SALDO ACTUAL: \$ _____ VALOR: \$ _____
Auto 2: ___ MARCA/MODELO: _____ AÑO: _____ SALDO ACTUAL: \$ _____ VALOR: \$ _____

RECREACIONAL: _____ MARCA/MODELO: _____ AÑO: _____ SALDO: \$ _____ VALOR: \$ _____
MÁS ACTIVOS _____ SALDO: \$ _____ VALOR: \$ _____

Banco:

CUENTA DE AHORROS: SALDO ACTUAL: \$ _____
CUENTA DE CHEQUES: SALDO ACTUAL: \$ _____
ACCIONES/BONOS: SALDO ACTUAL: \$ _____

¿Los activos superan los criterios de beneficencia? Sí No

GASTOS MENSUALES:

| | | | |
|---------------------------|----------|---------------------------|----------|
| HIPOTECA/ALQUILER: | \$ _____ | CALEFACCIÓN: | \$ _____ |
| ELECTRICIDAD: | \$ _____ | AGUA/ALCANTARILLADO: | \$ _____ |
| CABLE/CONEXIÓN SATELITAL: | \$ _____ | TELÉFONO/CELULAR/FIJO: | \$ _____ |
| TARJETAS DE CRÉDITO: | \$ _____ | FACTURAS MÉDICAS: | \$ _____ |
| SEGURO/VIDA: | \$ _____ | FARMACIA: | \$ _____ |
| COMIDA: | \$ _____ | MISCELÁNEOS: (detallar) | \$ _____ |
| PAGOS DE AUTO: | \$ _____ | IMPUESTOS A LA PROPIEDAD: | \$ _____ |

Juro o afirmo solemnemente que las declaraciones anteriores en esta solicitud son verdaderas y correctas a mi mejor saber y entender. Además, autorizo al empleador, a las instituciones o al informe de crédito a revelar información a CAMC.

Firma del solicitante: _____ FECHA: _____

SOLO PARA USO DEL HOSPITAL

INGRESOS VERIFICADOS POR:

- ____ VERIFICACIÓN DEL EMPLEADOR
- ____ TALONES DE NÓMINA/SEGURO SOCIAL
- ____ DECLARACIÓN DE IMPUESTOS SOBRE INGRESOS
- ____ CUENTAS DE CHEQUES O DE AHORROS
- ____ DOCUMENTACIÓN DE POSIBLE ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA ENTREGADA

ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO

INGRESOS:

BRUTOS: \$ _____
OTROS INGRESOS: \$ _____
INGRESOS TOTALES: \$ _____

MENOS GASTOS:

DE LA PÁGINA DE GASTOS: \$ _____
BALANCE PROPIO/NECESARIO: \$ _____

CANTIDAD DE CARIDAD PEDIDA: \$ _____

DISPOSICIÓN:

APROBADA: ____ SÍ ____ NO

MOTIVO: _____

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

DISPOSICIÓN (SI LA HAY) A HFS:

CANTIDAD DEL ACUERDO: \$ _____

PAGO MENSUAL APROBADO: \$ _____

SOLICITUD TOMADA POR: _____ **FECHA:** _____