

Solicitud de Asistencia Financiera - Yuma Regional Medical Center

1. Prueba de ingresos familiares (p. ej., talones de pago más recientes, SSI, desempleo, declaraciones de impuestos). Los autónomos deben proporcionar la declaración de impuestos más reciente para incluir el horario C 2.
Comprobante de residencia (por ejemplo, factura de servicios públicos, declaración de hipoteca/alquiler, factura de impuestos sobre la propiedad)
3. Los Estados de cuenta bancarios más recientes que muestren activos líquidos
4. La declaración de apoyo en la parte posterior de este formulario debe completarse si se reportan \$0,00 ingresos por favor refiérase a la política en línea en yumaregional.org para información adicional. Buscar "asistencia financiera"

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de seguro social _____

Dirección del paciente Calle N.º de departamento Ciudad Estado Código Postal N.º en el grupo familiar _____

Estado civil _____ N.º de teléfono Casa/Trabajo _____ Persona responsable de pagar la factura _____

Miembros de la familia	Fecha de nacimiento/Sexo	Relación	Empleador/colegio	Ciudadano de EE.UU. Sí o no	Número de Seguro Social
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

¿Alguien se ausentó temporalmente de su casa? **(Por favor explique)**

INGRESO MENSUAL DEL GRUPO FAMILIAR

	PERSONA 1	PERSONA 2	PERSONA 3
NOMBRE:	_____	_____	_____
Ingreso bruto por período de pago	\$ _____	\$ _____	\$ _____
¿Con qué frecuencia le pagan?	_____	_____	_____
Desempleado último día de empleo _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Seguro social, pensiones, jubilación	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otras fuentes de ingreso	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Saldos de la cuenta corriente	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Saldos de la cuenta de ahorros	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Acciones, bonos, cuentas de retiro individual	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Paga o recibe una pensión alimenticia/manutención de hijos (haga un círculo a una) Nombre del niño _____			
¿Recibe ayuda del gobierno o estampillas para alimentos? _____			

GASTOS/FACTURAS MENSUALES

<input type="checkbox"/> Renta \$ _____	<input type="checkbox"/> Hipoteca \$ _____	Vehículos: Cuántos _____	Valor \$ _____
Electricidad, Agua, Gas \$ _____	Pagos de a seguridad médico \$ _____		
Cuidado infantil \$ _____	Cuentas médicas pendientes \$ _____		
Préstamos para estudiantes \$ _____	Recetas/Medicamentos \$ _____		

COMENTARIOS PARA AYUDARNOS A ENTENDER SU SITUACIÓN FINANCIERA:

DECLARACIÓN DE APOYO

(Debe ser completada por la persona que le brinda apoyo al paciente)

(Si es menor de 19 años y vive con sus dos padres, deberá presentar comprobante de ingresos de sus padres)

Fui identificado por el padre/madre y/o paciente como la persona encargada brindar apoyo financiero. A continuación, hay una declaración que enumera los servicios y el apoyo que brindo.

Por el presente certifico y verifico que toda la información proporcionada es verdadera y correcta de acuerdo a mi saber y entender. Entiendo que mi firma no supone una obligación financiera de los cargos de la persona a la cual brindo apoyo financiero básico.

Firma de la persona que brinda apoyo financiero al solicitante _____

Toda la información proporcionada en esta solicitud de Asistencia Financiera es verdadera y precisa a lo mejor de mi entendimiento. Si se determina que algunos de los datos proporcionada son falsos, entiendo que quedaré descalificado para recibir la Asistencia Financiera de Yuma Regional Medical Center en forma inmediata.

Firma de Padre/Madre/Persona responsable

Fecha en la que se completó

Firma del representante del hospital

Fecha en la que se completó/revisó

Sólo para uso de YRMC:

Si no es ciudadano de EE.UU. incluya el número de tarjeta de inmigración: _____

¿Fue liberado de prisión en los últimos 4 meses? _____

¿Está embarazada? _____ Fecha probable de parto _____ ¿Embarazo simple? _____

¿Alguien de la familia tiene una enfermedad crónica o discapacidad? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿Posee, renta o mantiene una casa fuera de Arizona? _____ ¿Vive temporalmente en Arizona? _____

¿Qué estado presenta o declara para sus impuestos? _____ Categoría de declaración de contribuyente: _____

¿Declarará impuestos el próximo año?: _____

¿Cuántos dependientes declarará? _____ ¿Se puede declarar como dependiente? _____

¿Está interesado en solicitar una plaza en el mercado? _____

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con:

Servicios Financieros del Paciente al (928) 336-7030 o al 1-800-726-9264 (solo fuera del área de Yuma)

Condijera de Patient Access de YRMC al (928)336-7011

Dirección física de Yuma Regional Support Center: 720 S Rio Vista Drive • Yuma, Arizona 85364

Dirección de envío: 2400 South Avenue A • Yuma, Arizona 85364

Lunes a Viernes 8:00 A.M. a 5:00 P.M.

Nº de cuenta _____ Nº de garante _____ Fecha del servicio _____