

# Providence Medical Center Solicitud de Asistencia Financiera

Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Este formulario debe llenarse en su totalidad, firmar y fechar en la parte inferior. Si califica, puede ser elegible para un descuento total o parcial de su saldo adeudado.

1. ¿Ha tenido cobertura de seguro médico en los últimos 3 meses? .....  Si  No

2. ¿Ha solicitado Medicaid o Disability? .....  Si  No

3. ¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_ ¿Sus edades? \_\_\_\_\_

4. Ingreso del hogar antes de deducir impuestos \_\_\_\_\_

Si no tenía ingresos, proporcione cómo se pagaron sus facturas. \_\_\_\_\_

5. ¿Los ingresos de su hogar serán muy diferentes este año? .....  Si  No

Si es así, ¿por qué y cuánto? \_\_\_\_\_

## Comprobante de ingresos: LAS COPIAS DE UNO (1) DE LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS SE DEBEN ENVIAR CON ESTA SOLICITUD:

- Declaración de impuestos federales (más reciente) (opción preferida)
- Últimos dos talones de pago para usted y su cónyuge
- Los Últimos Dos Declaraciones de Banco

**VOLVER A:**  
Providence Medical Center  
1200 Providence Rd  
Wayne, NE 68787

## MARQUE OTRAS FUENTES DE INGRESOS:

- Seguro Social
- Compensación al trabajador
- Desempleo
- Asistencia de AV
- Discapacidad
- Manutención de Menores
- Pensión alimenticia u otros ingresos \_\_\_\_\_

Díganos por qué necesita ayuda para pagar su factura. \_\_\_\_\_

He llenado este formulario con la información correcta. Entiendo que si he sido falso, no calificaré para recibir ayuda para pagar mi factura. Acepto proporcionar más información si se me solicita.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

- Si califica para recibir ayuda, esta decisión se mantendrá vigente durante 6 meses desde la fecha de la carta de calificación.
- Toda la información requerida debe devolverse junto con una solicitud completa para que se lleve a cabo una revisión.
- No dude en contactarnos con cualquier pregunta relacionada con su situación específica al (402) 375-7670.

