



Solicitud de Asistencia Financiera

Este formulario debe ser completado en su totalidad, en papel o en línea en www.providencemedical.com. Además, se requieren copias de lo siguiente:

- Declaración de impuestos federales y estatales
- Últimos tres meses de talones de cheque de pago
- Últimos tres meses de declaraciones para todas las cuentas bancarias
- Proporcionar información para usted y el cónyuge o los otros que viven en la casa

Si usted no tiene la información arriba o si tiene alguna pregunta, por favor llame al (402) 375-3800.

Devuelva este formulario y copias:

- Por correo a Providence Medical Center, 1200 Providence Road, Wayne, NE 68787
- Por fax a 402-375-7989.

Nombre:	Cónyuge/Pareja:
# de Seguro Social: Fecha de Nacimiento:	# de Seguro Social: Fecha de Nacimiento:
Dirección:	Cuidad, Estado:
Teléfono/Teléfono Celular:	
<p>El ingreso del hogar antes de retirar los impuestos:</p> <p>Salario/Sueldo \$_____ Manutención de hijo \$_____</p> <p>Pensión Alimenticia \$_____ Seguro Social \$_____</p> <p>Beneficios de Veteranos \$_____ Jubilación/Pensión \$_____</p> <p>Compensación al Trabajador/Beneficios de Desempleo \$_____</p> <p>Ganancias de interés \$_____ Dividendos \$_____</p> <p>Otros Ingresos:\$_____ Descripción: _____</p> <p>Si los ingresos es \$0.00 (cero) explique:</p>	
<p>Balance de Cuenta Corriente: \$_____</p> <p>Balance de Cuenta de Ahorros: \$_____</p>	

Dependientes: Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre	Fecha de Nacimiento
1. _____	_____	3. _____	_____
2. _____	_____	4. _____	_____

¿Has utilizado a Medicaid o discapacidad en el último año? _____

¿Estas utilizando discapacidad del Seguro Social? _____

¿Estas utilizando Medicaid? _____

Díganos por que necesita ayuda para pagar su factura.

He completado este formulario con la información correcta. Entiendo que si he dado datos falsos no voy a calificar para obtener ayuda para pagar mi factura.

Firma

Office Use Only

Denial from Medicaid required? _____

Percentage of Eligibility - % _____

Outstanding Balance _____

Amount of Discount _____

Total Amount Due _____

Applicant is Ineligible

Reason for ineligibility: _____

Notice of Determination
sent to patient _____

Date

Signed _____
Director of Patient Accounts

Signed _____
Director of Patient Financial Service

Income Recap

Income Tax _____

Gross Income \$ _____

Wages \$ _____

\$ _____

Social Security \$ _____

\$ _____

Unemployment \$ _____

Child Support \$ _____

Other _____

\$ _____ **Total Income**

\$ _____