



COLUMBUS REGIONAL HEALTH

# Solicitud Financiera para Columbus Regional Health

Por favor, complete todas las secciones de esta solicitud lo mejor que pueda y proporcione la documentación de apoyo que se indica a continuación. Si desea proporcionar información adicional de cualquier tipo que considere que nos ayudará a comprender mejor su situación, adjunte una carta a esta solicitud. Una vez recibida toda la información requerida, recibirá una carta en la que se le comunicará la decisión. Si tiene preguntas sobre la solicitud o necesita ayuda, llame al Servicio de Atención al Cliente al (812) 376-5315 o al número gratuito (800) 841-4954. El Servicio de Atención al Cliente está disponible para ayudarlo de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. Devuelva la solicitud completada y firmada junto con las copias de la documentación de apoyo a la dirección que aparece a continuación.

Columbus Regional Hospital  
Attn: Patient Financial Services  
2400 East 17th Street  
Columbus, IN 47201

**Por favor, presente copias de la siguiente documentación de apoyo junto con su formulario de solicitud:**

1. La declaración de impuestos federales del año pasado (1040) y cualquier anexo.
  - a. Si es independiente, proporcione una copia de la declaración de renta de independiente.
2. Los últimos tres (3) recibos de nómina.
3. Cartas de adjudicación de Seguridad Social, Discapacidad y/o Desempleo.
4. Extracto bancario mas reciente
5. **LA SOLICITUD DEBE SER DEVUELTA ANTES DE \_\_\_\_\_**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Hospital o garante #: \_\_\_\_\_ Cantidad de la factura: \_\_\_\_\_

**Información de la Persona Responsable**

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Estado civil: C S V D Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

**Información del Cónyuge / Pareja Responsable**

Nombre del cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**Dependientes (que viven en el hogar y se declaran en los impuestos):**

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Edad	Relación con el garante
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Usted y/o su cónyuge/pareja declararon impuestos el año pasado?    Sí    No

Si no, ¿por qué no? \_\_\_\_\_

¿Alguien más lo ha declarado a usted o a cualquier otra persona que figure en esta solicitud, como dependiente en sus impuestos? Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_?

Nombre del empleador	Horas por semana	Tarifa por hora / Salario	Frecuencia de pago
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ingresos brutos mensuales	Cantidad en dólares	Activos	Dollar Amount
Ingresos de propiedad alquilada	_____	Dinero en efectivo	_____
Pensión alimenticia	_____	Cuentas corrientes	_____
Manutención de los hijos	_____	Cuentas de ahorro	_____
Pensión	_____	Otro	_____
Beneficios de VA	_____	Otro	_____
Cuenta de jubilación (si recibe pago como parte de los ingresos)	_____	Gastos mensuales	Cantidad en dólares
Ingresos por inversiones (si recibe pagos como parte de los ingresos)	_____	Hipoteca / Alquiler	_____
Desempleo	_____	Gasolina	_____
¿Recibe cupones de alimentos?	_____	Electricidad	_____
¿Recibe una vivienda subvencionada?	_____	Agua	_____
Ingresos de la SS	_____	Cable	_____
Ingresos por discapacidad	_____	Teléfono / Celular	_____
Otro	_____	Comida	_____
1. _____	_____	Pagos de automóvil	_____
2. _____	_____	Manutención de los hijos	_____
		Pensión alimenticia	_____
		Otro	_____
		1. _____	_____
		2. _____	_____

**Otras Facturas Médicas**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Otra información que desee que conozcamos:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Solicito asistencia financiera para los servicios recibidos en Columbus Regional Health. Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y exacta. Autorizo a Columbus Regional Health a verificar la información proporcionada, incluyendo la Oficina de Calificación Crediticia y el empleo. Entiendo que cualquier información que se encuentre engañosa o falsa puede resultar en la negación de la asistencia. Entiendo que soy responsable de cualquier saldo no cubierto por la asistencia financiera.

La asistencia financiera se otorga con el entendimiento de que no hay un seguro que cubra sus gastos de bolsillo. Si hay un pago del seguro hecho en una fecha posterior (directamente por el seguro o a través de un acuerdo legal), el pago será aceptado y aplicado a cualquier ajuste de asistencia financiera como recuperación.

\_\_\_\_\_

Firma (Signature) \_\_\_\_\_  
Fecha (Date)

\_\_\_\_\_

Firma del cónyuge (Spouse Signature) \_\_\_\_\_  
Fecha (Date)

Se requiere una firma para procesar su solicitud.

**For Office Use Only**

Total Income: \_\_\_\_\_ Approved or Denied: \_\_\_\_\_

Date Reviewed: \_\_\_\_\_ Financial Counselor Initials: \_\_\_\_\_