

Hospital de Kensington
Aplicación de cuidado de caridad

Sección uno: Requiere preguntas:

Por favor complete todas las preguntas en esta sección; Para completar esta sección podría resultar en demoras en la evaluación de elegibilidad para el cuidado de caridad.

Información para el paciente:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social del paciente: _____

Street Address: _____

City/State/Zip: _____

Teléfono casa: _____ teléfono de trabajo _____

Nombre de la compañía de seguro médico actual: _____

Número de póliza: nombre o número del grupo _____

Miembros del hogar:

Por favor adjunta hojas adicionales de papel si el hogar tiene más de ocho miembros.

	Nombre	relación	edad
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____

Ingreso mensual:

Salarios/sueldos (antes de impuestos): _____ pensiones de: _____

Seguro social: _____ otra discapacidad: _____

SSI: _____ efectivo de asistencia: _____

Compensación por desempleo: _____ compensación a los trabajadores _____

Manutención: _____ apoyo conyugal: _____

(VA) la administración beneficios de los veteranos: _____

Otros ingresos no ganados (incluye fideicomisos, intereses/dividendos, etcetera)

Los recursos contables:

Por favor enumere sus cuentas disponibles y activos líquidos para su hogar. Un activo líquido se define como dinero en efectivo o cualquier tipo de activos negociables que pueden convertirse fácilmente en dinero en efectivo. No incluyen sus artículos de hogar, hogar, vehículos, cuentas IRA, cuentas 401 (k) y otros activos no líquidos.

Certificados de depósito: _____ acciones o bonos: _____

Fondo: cuenta de ahorros: _____

Cuenta de cheques: _____ certificados de ahorro: _____

Bonos de ahorros de Estados Unidos: _____ Navidad o vacaciones Club: _____

Cuenta de ahorros de salud (ha) fondos: _____

Other: (Please Explain):

Sección dos: Preguntas opcionales:

Si lo desea, por favor responda las preguntas a continuación para proporcionar un mejor entendimiento de su capacidad de pago para recibir atención médica. Más gastos de media o de otra manera inusuales pueden resultar en un ajuste de ingresos hacia abajo. Más baja que la promedio de los gastos no dará lugar a un ajuste de la renta hacia arriba.

Gastos mensuales del hogar:

Hipoteca/renta: _____ impuestos a la propiedad: _____
Seguro: _____ Auto préstamo: _____
Tarjetas de crédito (Total): _____ Agua: _____
Gas: _____ Oil: _____
Eléctrica: _____ Teléfono: _____
Manutención: _____ apoyo conyugal: _____
Contribuciones de cuenta de ahorros (HSA) salud: _____

Other (Please Explain):

Gastos médicos:

Primas de seguros: _____ equipo: _____
Visita médicos: _____ recetas: _____

Other (Please Explain):

Sección tres: Verificación de ingresos y recursos contables:

Por favor adjunte comprobante de ingresos del pasado 30 días y los recursos actuales para esta aplicación. Por favor verifique todos los ingresos enumerados en la sección. Si usted es incapaz de verificar todas o algunas de sus ingresos o recursos, por favor explicar por qué en una hoja adjunta de papel. Aplicaciones no serán rechazadas por incapacidad para comprobar ingresos o recursos, siempre y cuando se da una explicación razonable para la incapacidad. Fuentes aceptables de verificación incluyen, pero no son to9 limitada:

- Pagar recibos o cartas de empleadores, listado de salarios antes de impuestos;
- Premio letras o Estados de cuentas bancarias con depósitos de Seguridad Social, otra discapacidad, pensiones, compensación o pagos de compensación por desempleo;
- Premio cartas, documentos o Estados de cuentas bancarias con depósitos de niño o de los pagos de manutención;
- Documentación de otras fuentes de ingresos;
- Si el hogar no tiene ingresos, cartas de personas que son de ayuda para todos los días las necesidades de vida, explica la ayuda que proporcionan las personas (por ejemplo las compras de abarrotes o alquiler y los pagos de la utilidad).
- Cuenta de ahorros de salud (HSA) y otras declaraciones de la cuenta dedicada;
- Cheques y Estados de cuenta de ahorros;
- Copia de tarjetas de seguro médico, en su caso.

Sección cuatro: certificaciones:

Por favor firme y devuelva la solicitud completa con elementos enumerados en la sección tercera a:

Joanne Adams,
Gerente de oficina de negocios
Hospital de Kensington
136 W. Diamond Street
Philadelphia, PA 19122

Certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y completa. Entiendo que falsificación intencional de la información contenida en esta solicitud se reanudará en la negación de cuidado de caridad.

Signed: _____ Date: _____