

Hospital Metodista McKinney
FORMULARIO DE ASISTENCIA FINANCIERA

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Para que un paciente sea elegible para una consideración financiera especial, se debe completar este formulario y adjuntar la documentación solicitada, y devolver el formulario al **Hospital Metodista McKinney**. La información será verificada y se tomará la determinación adecuada de manera oportuna. Proporcione la siguiente documentación a la instalación:

- Este formulario, cumplimentado y firmado
- Copias de la Declaración de Impuestos Federales firmada del año anterior
- Copias de los talones de cheques de nómina de los últimos 2 meses
- Copias de facturas recientes de servicios públicos, recibos de alquiler/hipoteca, facturas médicas, recibos de préstamos para automóviles, estados de cuenta bancarios, recibos de pensión alimenticia/manutención de los hijos, recibos de asistencia del gobierno, otros estados de cuenta de ingresos/inversiones (por ejemplo, estado de cuenta 401K)

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE

Parte responsable _____	Estado civil _____
Dirección _____	Estado _____ Cremallera _____
SSN _____	Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____
Empleador _____ Posición _____	Teléfono _____ Fecha de contratación _____
Dirección _____ Ciudad _____	Estado _____ Cremallera _____
Esposo _____	Fecha de nacimiento _____ SSN _____
Empleador del cónyuge _____ Posición _____	Teléfono _____ Fecha de contratación _____
Número de niños en la casa _____	Edades _____

INFORMACIÓN DE INGRESOS MENSUALES

Proporcione documentación de las fuentes de ingresos: formularios W-2, declaraciones de impuestos sobre la renta, talones de cheques o estados de cuenta de cheques. Es posible que se requiera un estado financiero si trabaja por cuenta propia.

	Parte responsable	Esposo
Salarios antes de deducciones	_____	_____
Pensión alimenticia/manutención de los hijos	_____	_____
Discapacidad/compensación del trabajador	_____	_____
Pensión	_____	_____
Ingresos del Seguro Social	_____	_____
Dividendos/Ingresos por intereses	_____	_____
Ingresos por alquiler	_____	_____
Ingresos del fideicomiso patrimonial	_____	_____
Asistencia social/Asistencia pública	_____	_____
Cupones de alimentos	_____	_____
Otros (por favor, enumere)	_____	_____
Menos impuestos estatales/federales	_____	_____
Menos cualquier otra deducción	_____	_____
Total de Ingresos Mensuales	\$ _____	\$ _____

Hospital Metodista McKinney
FORMULARIO DE ASISTENCIA FINANCIERA

INFORMACIÓN FINANCIERA

ACTIVO	VALOR	VALOR	
Efectivo/Cuenta corriente	_____	Inversiones	_____
Ahorros	_____	Seguro de vida	_____
Acciones y Bonos	_____	Otro	_____

TODOS LOS BIENES INMUEBLES Y VEHÍCULOS

	VALOR	EQUILIBRAR	MENSUALIDAD
Alquiler de residencia / propiedad (marque uno)	_____	_____	_____
Otros bienes	_____	_____	_____
Vehículo #1	Hacer _____ Modelo _____ Año _____	_____	_____
Vehículo #2	Hacer _____ Modelo _____ Año _____	_____	_____
Vehículo #3	Hacer _____ Modelo _____ Año _____	_____	_____

GASTOS MÉDICOS

Nombre del proveedor médico	EQUILIBRAR	EL INS PAGARÁ	MENSUALIDAD
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ENUMERE TODOS LOS DEMÁS ACREEDORES

(Tarjetas de crédito, pedidos por correo, etc. -- adjunte una hoja separada si es necesario)

NOMBRE DEL ACREEDOR	TIPO PRÉSTAMO	EQUILIBRAR	MENSUALIDAD
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Alquiler de electrodomésticos o muebles: _____

¿Alguna vez se ha declarado en bancarrota? Sí No Dar fecha

Hospital Metodista McKinney
FORMULARIO DE ASISTENCIA FINANCIERA

OTROS GASTOS MENSUALES

GASTO	MENSUALIDAD	GASTO	MENSUALIDAD
Víveres	_____	Seguro de automóviles	_____
Teléfono	_____	Televisión por cable	_____
Electricidad/Gas/Agua/Alcantarillado	_____	Seguro de enfermedad	_____
Contribuciones	_____	Recreación	_____
Otros (Lista)	_____	Otros (Lista)	_____

SOLO PARA USO EN LA OFICINA...

RESUMEN FINANCIERO MENSUAL

Ingresos totales: _____

Subtotales:

Bien inmueble
Vehículos \$ _____

Médico Mensual
Expensas \$ _____

Acreedores
Crédito \$ _____

Otros Mensuales
Expensas \$ _____

Gastos totales: _____

CONDICIONES Y COMENTARIOS DEL PACIENTE

Por favor, responda a las siguientes preguntas: adjunte páginas adicionales si es necesario

¿Ha solicitado Medicaid y se le ha negado o se ha determinado que no es elegible? Sí No (encierre en un círculo uno)

¿Ha pedido ayuda a su familia? Sí No (encierre en un círculo uno)

¿Ha pedido ayuda a su clero o a su iglesia? Sí No (encierre en un círculo uno)

¿Cuánto puedes pagar cada mes? _____

COMENTARIOS:

Por la presente declaro que la información que he proporcionado es verdadera y completa. Autorizo **Hospital Metodista McKinney** para verificar esta información, incluida la solicitud de un informe de la agencia de crédito. Entiendo que si se determina que alguna de esta información es engañosa o falsa, se me puede negar una consideración financiera especial y seré responsable del pago de todos y cada uno de los cargos incurridos por los servicios prestados.

X _____

Firma de la parte responsable

Fecha: _____