

SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE CARIDAD

LA SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE CARIDAD SE PUEDE OBTENER EN LA OFICINA DEL ASESOR FINANCIERO. NUESTRO ASESOR LE PREGUNTARA, YA SEA A USTED O A UN FAMILIAR, QUE COMPLETE LA SOLICITUD EN DONDE LE PEDIRAN INFORMACION ACERCA DE SU INGRESO, GASTOS, OBLIGACIONES CON TARJETAS DE CREDITO O PRESTAMOS, Y ACERCA DE SUS BIENES PERSONALES.

EN ADICION, EL ASESOR LE PEDIRA UNA COPIA DE SU MAS RECIENTE IMPUESTO FEDERAL , ASI COMO OTROS DOCUMENTOS, INCLUYENDO EL DOCUMENTO DONDE LE NIEGAN LA COBERTURA DEL MEDICAID.

EL HOPITAL DE JOHNSON COUNTY CONSIDERARA AL EVALUAR SU SOLICITUD, SU INGRESO, DEUDAS ACUMULADAS, Y BIENES PROPIOS. PARA SER CONSIDERADO PARA EL BENEFICIO DE CARIDAD, NO DEBE EXCEDERSE DE BIENES PROPIOS EN PROPORCION CON SU SOLICITUD REQUERIDA. LA ASISTENCIA DE CARIDAD ES DISPONIBLE PARA CIUDADANOS Y RESIDENTES PERMANENTES DE LOS ESTADOS UNIDOS.

LA ASISTENCIA DE CARIDAD ES OTORGADA SOLO PARA LIQUIDAR LOS CARGOS DEL HOSPITAL. LOS ARREGLOS PARA PAGAR LOS CARGOS DE MEDICOS, RADIOLOGIA, MEDICOS DE ESPECIALIDADES, EQUIPO MEDICO DURADERO, FARMACEUTICOS U OTROS SERVICIOS PROFECIONALES NO PROVISTOS POR EL HOSPITAL, NO SON ELEGIBLES.

POR FAVOR ADHIERA SU VERIFICACION DE INGRESO Y BIENES PERSONALES EN SU SOLICITUD.

TAMANO DE LA FAMILIA	100%	75%	50%	25%
1	\$12,760	\$15,950	\$19,140	\$22,330
2	\$17,240	\$21,550	\$25,860	\$30,170
3	\$21,720	\$27,150	\$32,580	\$38,010
4	\$26,200	\$32,750	\$39,300	\$45,850
5	\$30,680	\$38,350	\$46,020	\$53,690
6	\$35,160	\$43,950	\$52,740	\$61,530
7	\$39,640	\$49,550	\$59,460	\$69,370
8	\$44,120	\$55,150	\$66,180	\$77,210
Miembro adicional de la familia	\$4,480	\$5,600	\$6,720	\$7,840

SI USTED CREE QUE ES ELEGIBLE PARA ESTE PROGRAMA DE ASISTENCIA DE CARIDAD O TIENE PREGUNTAS EN RELACION A ESTE SERVICIO, POR FAVOR CONTACTE AL ASESOR FINANCIERO LLAMANDO AL TELEFONO: 402-335-3361.

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE CARIDAD

NOMBRE _____ TELEFONO _____

DIRECCION _____

DEPENDIENTES DEL SOLICITANTE (ENLISTESE USTED PRIMERO)

NOMBRE(S)	RELACION	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NO. DE SEGURO SOCIAL
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

SI USTED O ALGUIEN EN LA FAMILIA ESTA EMBARAZADA;

ENLISTE EL NOMBRE _____ FECHA DE PARTO _____

ES CIUDADANO DE LOS E.U? ____ SI ____ NO

SI ES NO, CUAL ES SU ESTADO MIGRATORIO _____ Y NUMERO _____

FECHA DE ENTRADA A LOS ESTADOS UNIDOS _____

LUGAR _____ Y PAIS DE ORIGEN _____

INFORMACION DE SU EMPLEO

POR FAVOR ENLISTE EL EMPLEO ACTUAL O PASADO DE USTED Y DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.

Nombre	Empleo	Puesto	Fecha de contrato	Fecha de terminacion	Razon de salida del empleo

INGRESO ACTUAL

Nombre del asalariado	Empleo	Horas por semana	Cantidad por mes* (Bruto)

*SI LE PAGAN MAS DE UNA VEZ POR MES POR FAVOR ANOTE QUE TAN SEGUIDO.

POR EJEMPLO: \$ 350.00 CADA DOS SEMANAS

OTRO INGRESO

SI NO FECHA CANTIDAD POR MES/SEMANA (BRUTO)

SSI	___	___	_____	\$ _____
SEGURO SOCIAL	___	___	_____	\$ _____
JUBILACION	___	___	_____	\$ _____
ANUALIDADES	___	___	_____	\$ _____
COMPENSACION AL TRABAJADOR	___	___	_____	\$ _____
COMPENSACION DE DESEMPLEO	___	___	_____	\$ _____
BENEFICIOS VETERANOS	___	___	_____	\$ _____
DISTRIBUCION MILITAR	___	___	_____	\$ _____
BENEFICIOS DE DESHABILIDAD/ ENFERMEDAD	___	___	_____	\$ _____
INGRESO DE HUESPEDES / PENSION	___	___	_____	\$ _____
INGRESO DE RENTA DE PROPIEDAD	___	___	_____	\$ _____
MANUTENCION ALIMENTICIA/ INFANTIL	___	___	_____	\$ _____
OTRO (TIPO Y ORIGEN)	___	___	_____	\$ _____

SI NO TIENE INGRESO, POR FAVOR EXPLIQUE COMO ESTA APORTANDO PARA MANTENER SUS NESECIDADES

BIENES PERSONALES

USTED O ALGUIEN EN SU HOGAR TIENEN LO SIGUIENTE?

DINERO EN EFECTIVO _____ SI _____ NO SI ES SI, CANTIDAD \$ _____

CUENTAS DE BANCO O UNION DE CREDITO _____ SI _____ NO SI ES SI, POR FAVOR COMPLETE:

NOMBRE DEL BANCO/ O UNION DE CREDITO	DIRECCION	# DE CUENTA	TIPO	SALDO
_____	_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	_____	\$ _____

ANUALIDADES, FIDEICOMISOS Y/O BONOS/ACCIONES _____ SI _____ NO SI ES SI, POR FAVOR COMPLETE:

NOMBRE DE CONPANIA/ O INSTITUCION	# DE CUENTA	#DE ACCIONES	VALOR AL CORRIENTE
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

VEHICULOS, CARROS, MOTOCICLETAS, TRAILES, CARRO MOBIL DE CAMPAMENTO, LANCHA ETC:

_____ SI _____ NO

TIPO	MARCA	MODELO	ANO	# DE REGISTRO	VALOR	SALDO DEL PRESTAMO	EQUIDAD
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

SEGURO DE VIDA: _____ SI _____ NO SI ES SI, COMPLETE ABAJO:

ASEGURADO	NOMBRE DE LA ASEGURADORA	FECHA VIGENTE	VALOR NOMINAL	VALOR EFECTIVO
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____

BIENES RAICES: ____ SI ____ NO SI ES SI, COMPLETE ABAJO:

(CASA HABITACION, TERRENO, CASAS DE RENTA)

LOCACION Y TIPO DE PROPIEDAD	ACREEDORA HIPOTECARIA	SALDO HIPOTECARIO AL CORRIENTE
------------------------------	-----------------------	--------------------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OTROS BIENES: ____ SI ____ NO SI ES SI, EXPLIQUE _____

HISTORIAL MILITAR

ESTUVO USTED O ALGUIEN EN SU FAMILIA EN EL SERVICIO MILITAR? ____ SI ____ NO

SI ES SI, FECHA CUANDO HIZO EL SERVICIO _____ VETERANO DESHABILITADO? ____ SI ____ NO

FONDOS SOLICITADOS DE: NAVAL, SOLDADO, INFANTERIA DE MARINA: ____ SI ____ NO

SI ES SI, FECHA DE SOLICITUD _____

FONDOS SOLICITADOS DE LA ADMINISTRACION DE VETERANOS: ____ SI ____ NO

BENEFICIOS/SEGURO MEDICO

PERSONA CON COBERTURA	TIPO Y FUENTE	ID Y NUMERO DE CASO	FECHA DE EFECTO
-----------------------	---------------	---------------------	-----------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

GASTOS

RENTA	MENSUAL/SEMANTAL	PROPIETARIO
APARTAMENTO/CASA HABITACION	\$ _____	CASA HABITACION _____
PENSION Y HOSPEDAJE	\$ _____	CONDominio _____
CUARTO	\$ _____	CASA RODANTE _____
OTRO (EXPLIQUE)	\$ _____	OTRO (EXPLIQUE) _____
LA RENTA INCLUYE (MARQUE)		GASTO HIPOTECARIO \$ _____
AGUA _____ CALEFACCION _____ ELECTRICIDAD _____ GAS _____		IMPUESTO ANNUAL \$ _____

OTROS GASTOS MISCELANEOS

MANUNTENCION DE HIJOS/CONYUGAL	\$ _____ SEMANAL/MENSUAL/ANUAL
PRESTAMO DE VEHICULO/CARRO	\$ _____ SEMANAL/MENSUAL/ ANUAL
SEGUROS DE VEHIULOS	\$ _____ SEMANAL/MENSUAL/ANUAL
SEGURO MEDICO	\$ _____ SEMANAL/MENSUAL/ANUAL
SEGURO DE VIDA	\$ _____ SEMANAL/MENSUAL/ANUAL
COLEGIATURA/PRESTAMO ESTUDIANTIL	\$ _____ SEMANAL/MENSUAL/ANUAL
GASTOS DE HOSPITAL/MEDICO	\$ _____ SEMANAL/MENSUAL/ANUAL
GUARDERIA	\$ _____ SEMANAL/MENSUAL/ANUAL
PRESTAMO PERSONAL	\$ _____ SEMANAL/MENSUAL/ANUAL
OTRO	\$ _____ SEMANAL/MENSUAL /ANUAL

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL
SOLICITANTE**

1. POR MEDIO DE LA PRESENTE SOLICITO EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE CARIDAD OTORGADO POR EL HOSPITAL DE JOHNSON.
2. CERTIFICO QUE TODAS LAS DECLARACIONES HECHAS POR MI EN ESTA SOLICITUD SON VERDADERAS Y CORRECTAS, BAJO PENA DE JURAMENTO POR FALSO TESTIMONIO, COMO ES PROVISTO POR LA POLIZA DEL HOSPITAL PARA LA ASISTENCIA DE CARIDAD.
3. TENGO ENTENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE APELAR LA DECISION DEL HOSPITAL DE MI SOLICITUD, SI ESTOY INSATISFECHO.
4. ESTOY DE ACUERDO QUE LA INFORMACION PROVISTA POR MI EN ESTA SOLICITUD DEBE SER VERIFICADA Y ENTREGAR LA DOCUMENTACION REQUERIDA PARA LA MISMA.
5. AUTORIZO AL HOSPITAL DEL CONDADO DE JOHNSON A CONDUCIR UNA INVESTIGACION PARA ESTABLECER MI ELEGIBILIDAD, Y DOY PERMISO PARA OBTENER LA INFORMACION NECESARIA DE, Y NO LIMITADA A, LAS SIGUIENTES FUENTES: BANCO, UNION DE CREDITO Y OTRAS INSTITUCIONES FINANCIERAS, EMPLEOS, PROVEDORES MEDICOS, PROPIETARIOS Y OTRAS AGENCIAS TALES COMO EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES, EL DEPARTAMENTO LABORAL, LA ADMINISTRACION DEL SEGURO SOCIAL Y DE VETERANOS Y EL SERVICIO DE INMIGRACION Y NATURALIZACION.
6. ESTOY DE ACUERDO A COMPLETAR EL PROCESO DE SOLICITUD PARA CUALQUIER BENEFICIO DE UN TERCER GRUPO PARA EL CUAL PUEDA SER ELEGIBLE, INCLUYENDO SEGURO MEDICO, BENEFICIOS VETERANOS, ETC. ADEMAS, ESTOY DE ACUERDO PARA APLICAR AL PROCESO COMPLETO DE SOLICITUD DE AYUDA DEL ESTADO.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

FIRMA DEL CONYUGE/ INTERPRETE/ TESTIGO

FECHA

FIRMA DEL ASESOR FINANCIERO

FECHA

ENVIE POR CORREO A:

Business Office Manager

Johnson County Hospital

202 High Street

Tecumseh NE 68450

