



## PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA MÉDICA

Complete la solicitud adjunta para ayudarnos a determinar su elegibilidad en nuestro programa de asistencia financiera. Devuelva la solicitud al departamento de Asesoría financiera, junto con **copias** de los siguientes documentos:

- Talones de cheques de nómina de los últimos 3 meses O verificación de compensación por desempleo
- Su última declaración de impuestos federales (incluya todas las páginas)
- Verificación de beneficios del Seguro Social (si corresponde)
- Recibos de alquiler o hipoteca de los últimos 3 meses (o copia del contrato de alquiler)
- Estados de cuenta bancarios de los últimos 3 meses (todas las cuentas corrientes y de ahorros)
- Copias de facturas médicas
- Últimos 3 meses de facturas de servicios públicos
- Estados de cuenta de jubilación (por ejemplo, 401k, cuentas IRA)

**Esta solicitud DEBE SER DEVUELTA al Departamento de Cuentas del Paciente o al asesor financiero DENTRO DE LOS 14 DÍAS.** Si se requiere tiempo adicional debido a su afección médica, o si necesita ayuda con esta solicitud, comuníquese con un asesor financiero al (775) 445-8618 o visítenos en Carson Tahoe Regional Medical Center 1600 Medical Parkway Carson City, NV 89703 en el primer piso de la Estación 1. Las solicitudes completas también se pueden devolver a Carson Tahoe Specialty Medical Center en 775 Fleischmann Way, Carson City, NV 89703 o por correo postal a:

Carson Tahoe Regional Medical Center  
Attention: Financial Counseling  
1600 Medical Parkway  
Carson City, NV 89703

El hospital le notificará la determinación de elegibilidad dentro de los 14 días posteriores a la recepción de la solicitud completa.

**Toda la información relacionada con esta solicitud se mantendrá completamente confidencial.**

## SOLICITUD FINANCIERA

Esta solicitud cubrirá todas las cuentas **activas** de:

Garante (persona responsable): \_\_\_\_\_

Jefe de familia
Nombre del cónyuge
Dirección
Ciudad, estado, código postal
Número de teléfono

### Personas que residen en el hogar (indique nombre y apellido)

NOMBRE	Relación	Edad

### HAGA UNA LISTA DE TODOS LOS INGRESOS DE SU HOGAR

Fuente de ingreso	Ingreso mensual	Tarifa por hora	PROMEDIO de horas trabajadas por semana
Pensión/Jubilación			
Seguridad social			
Salarios devengados (jefe de familia)			
Salarios devengados (cónyuge)			
Compensación por desempleo			
Pensión alimenticia			
Manutención infantil			
Asistencia pública			
Otros ingresos			
<b>TOTAL</b>			

### GASTOS MENSUALES

Alquiler	\$	Gasolina	\$
Alimentos	\$	Seguro	\$
Electricidad	\$	Farmacia	\$
Combustible para calefacción	\$	Cuidado de niños	\$
Teléfono	\$	Manutención infantil	\$
Televisión por cable	\$	Pensión alimenticia	\$
Agua	\$	Otros	\$

### ACTIVOS

Descripción	Año/Marca	Valor	Saldo	Cuota mensual	Institución
Hogar					
Automóvil					
Automóvil					
Casa rodante/barco					
Efectivo disponible					
Acciones/bonos/fondo de inversión					
Seguro de vida					

### OTROS GASTOS

Nombre de la lista	Saldo actual	Cuota mensual
Banco/Cooperativa de crédito (crédito o préstamos)		
	\$	\$
	\$	\$
<b>TOTAL de facturas médicas (adjuntar recibos)</b>	\$	\$
Deuda de la agencia de cobro	\$	\$
Otros	\$	\$

### AUTORIZACIÓN

Solicito que Carson Tahoe Regional Healthcare utilice la información adjunta para determinar mi elegibilidad para un ajuste del programa de beneficencia. Entiendo que la información presentada está sujeta a verificación, y la aprobación se basará en esa verificación. Autorizo a Carson Tahoe Regional Healthcare a obtener información de cualquier fuente que considere necesaria para determinar un acuerdo financiero aceptable o ayudarme a obtener asistencia financiera. Al autorizarlo, libero a cualquier persona o empresa de cualquier responsabilidad relacionada con dicha divulgación.

\_\_\_\_\_  
Firma del responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha