



Patient Accounts

2605 North Lebanon Street
Lebanon, IN 46052
765-485-8060
Fax 765-485-8069
www.witham.org

Small Hospital. Big Medicine.

Estimado cliente:

Gracias por utilizar Witham Health Services para sus necesidades de atención médica.
De acuerdo con su pedido, adjuntamos una solicitud para Asistencia Financiera.

Además de completar la solicitud adjunta, necesitamos la información sobre sus ingresos que se detalla a continuación para todos los mayores de 18 años de edad (y que no sea alumno de una escuela secundaria) que vivan en su hogar.

No podemos procesar su solicitud hasta tanto no recibamos TODOS los documentos mencionados que se apliquen a las personas incluidas en la solicitud:

- Formulario(s) de declaración de impuestos federales: (1040, 1040A o 1040EZ) incluidos todos los planes
- W-2(s) o 1099(s)
- Talones de pago: fotocopia del último
- Estado de cuenta: fotocopia de los tres (3) últimos
- Seguridad de ingreso suplementario (SSI) / Administración del Seguro Social (SSA) / Jubilación: fotocopia del cheque actual, estado de cuenta o documento de seguro social
- Consulta de salario: para los que no trabajan (comprobante de ingresos por \$0) o beneficios de desempleo: puede obtenerse una consulta de salario a través de Witham Patient Accounts.

Devuelva su solicitud junto con la documentación necesaria a Patient Accounts (Cuentas de pacientes) de Witham. Puede entregarlas directamente en Patient Accounts, enviarlas por correo o fax:

Correo: Witham Health Services Attn: Patient Accounts PO Box 1200 Lebanon, IN 46052

Fax: 765-485-8069

Si no reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, también ofrecemos opciones de planes de pago. Si tiene alguna pregunta sobre esta carta o sus cuentas, comuníquese con Witham Patient Accounts al 765-485-8060.

- **Preselección de pacientes para Medicaid / HIP:** Si usted o un familiar no tiene seguro, se le pedirá que se comunique con **ClaimAid** (Ayuda para reclamos) para evaluar si reúne los requisitos para Medicaid o HIP. Puede comunicarse con ClaimAid llamando directamente al (765) 485-8195. Está ubicado en el área de inscripción principal de Witham Hospital. Por lo general, ClaimAid está disponible de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. con cita previa; también admite consultas sin cita si no hay cita programada en ese horario.

Gracias nuevamente por elegir los servicios de salud de Witham.

Atentamente,

Patient Accounts



Witham Health Services
Solicitud de Asistencia Financiera

Witham Health Services
 2605 N. Lebanon Street
 Lebanon, IN 46052
 765-485-8060
 Fax 765-485-8069

Apellido *Nombre* *Inicial del segundo nombre*

Dirección

Ciudad *Estado* *Código postal*

N.º de teléfono de casa/celular *N.º del trabajo/celular*

Correo electrónico (opcional)

1. ¿Solicitó Ayuda Financiera en los últimos 12 meses? Sí No
2. ¿Tiene seguro médico? Sí No
 - a. ¿Hijo(s)? Sí No
 - b. ¿Cónyuge? Sí No
3. Si no tiene seguro médico, ¿solicitó Medicaid/HIP en los últimos días? Sí No
4. ¿Es miembro de un programa del Ministerio para la participación en los costos? Sí No

Nombres de los integrantes del hogar	Fecha de nacimiento	N.º de seguro social	Relación	Edad
1. Solicitante			Sí mismo	
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

(Si son más de 8, agregue el integrante debajo de la sección de comentarios, en la página siguiente)

Me gustaría solicitar que se revise mi solicitud para el programa de Asistencia Financiera. Certifico que la información está sujeta a verificación por parte de Witham Memorial Hospital y por la presente autorizo a toda persona que posea la información suministrada en esta solicitud a divulgar dicha información a Witham Memorial Hospital a los fines de esta solicitud para Asistencia Financiera. Además, autorizo a Witham Memorial Hospital a revisar mi historial crediticio a través de la oficina de créditos, si lo considerara apropiado. También entiendo que no poder divulgar la información requerida en esta solicitud o la divulgación de información errónea podrían hacer que se rechace mi solicitud.

Firma

Fecha

Solo para uso de la oficina [Office Use Only]

Documents needed: _____

Comments: _____

INGRESOS MENSUALES		MONTO	GASTOS MENSUALES		MONTO
Salarios (bruto)		\$	*Alquiler/Hipoteca		\$
SSI, SSA o jubilación		\$	2ª hipoteca o inmueble en alquiler		\$
Desempleo		\$	Servicios públicos (gas, electricidad, agua)		\$
Manutención de menores recibida		\$	Teléfono / celular		\$
Ingreso por percepción de alquileres		\$	Cable / Televisión de pago		\$
Inquilinos / huéspedes		\$	Pago de manutención de menores		\$
Pago en efectivo por trabajo		\$	Pago del vehículo		\$
Otro:		\$	Pago de 2º vehículo		\$
INGRESOS MENSUALES TOTALES:		\$	Seguro, automóvil		\$
			Seguro, vivienda/de vida		\$
OTROS INGRESOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES			Seguro, médico (no incluir si se descuenta de la nómina)		\$
Liquidación de una demanda		\$	Farmacia, mensual		\$
Liquidación mes/año		/	Pagos médicos, mensuales		\$
¿Pendiente?			Alimentos, artículos varios		\$
Herencia/pago único		\$	Gas, combustible para el auto		\$
TOTAL DE OTROS INGRESOS:		\$	Guardería		\$
			Préstamo estudiantil		\$
			Otro:		\$
			GASTOS MENSUALES TOTALES:		\$
ACTIVOS		MONTO	PASIVOS		MONTO
Valor de residencia		\$	Saldo del préstamo hipotecario		\$
Valor del inmueble en alquiler		\$	Saldo del préstamo del inmueble en alquiler		\$
Saldo de cuenta corriente		\$	Saldo de tarjeta(s) de crédito		\$
Saldo de caja de ahorros		\$	Saldo del préstamo del auto		\$
401K / Cuenta individual de retiro (IRA) / Inversiones		\$	Factura(s) médica(s)		\$
Otro:		\$	Saldo de préstamo estudiantil		\$
			Otro:		\$
VALOR TOTAL DE ACTIVOS:		\$	VALOR TOTAL DE PASIVOS:		\$
<p>1. Si no es propietario o no alquila su vivienda, señale si vive con un familiar, amigo u otra persona: 2. Si la situación financiera o familiar ha cambiado desde la declaración de impuestos anterior, describa brevemente su situación debajo de la sección de comentarios. 3. Si no tiene ingresos ni recursos, explique en la sección de comentarios cómo paga las cuentas o provee sus necesidades básicas para vivir.</p>					
COMENTARIOS:					
SOLO TRABAJO POR CUENTA PROPIA					
ÚLTIMOS 3 MESES	INGRESOS DEL NEGOCIO		GASTOS DEL NEGOCIO		INGRESOS NETOS
Hace 1 mes	\$		\$		\$
Hace 2 meses	\$		\$		\$
Hace 3 meses	\$		\$		\$
TOTALES:	\$		\$		\$
			PROMEDIO DE INGRESOS NETOS ESTIMADOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES:		\$