



4021 Ave. B | Scottsbluff, NE 69361  
 (308) 635-3711 | [www.rwhs.org](http://www.rwhs.org)

# SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

**Esta solicitud aplica a RWMC (Medical Center) and RWPC (Clinica de medicos).** Si usted recibe declaraciones de otros proveedores, Póngase en contacto con ellos para solicitar información sobre sus programas de asistencia financiera o preguntar si honran el beneficio de ayudas que a recibido de RWMC.

Paciente/Información de la parte responsable	Información del cónyuge
Nombre completo	Nombre completo
Dirección (incluyendo ciudad, estado, código postal)	Dirección (incluyendo ciudad, estado, código postal)
Número de teléfono	Número de teléfono
Número de Seguro Social	Número de Seguro Social
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento
Estado Civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado Legalmente	Estado Civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado Legalmente
Correo electronico email	
Estado de empleo (marque uno) <input type="checkbox"/> Tiempo completo o parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado/ discapacitado	Estado de empleo (marque uno) <input type="checkbox"/> Tiempo completo o parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado/ discapacitado
Empleador (nombre de la compañía y dirección)	Empleador (nombre de la compañía y dirección)
Ingreso bruto (antes de impuestos/retenciones) \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	Ingreso bruto (antes de impuestos/retenciones) \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
<b>Si desempleado</b> la fecha que quedo desempleado _____ Fecha que presentó para beneficios de desempleo _____	<b>Si desempleado</b> la fecha que quedo desempleado _____ Fecha que presentó para beneficios de desempleo _____
Tiene/familia en la actualidad tienen seguro de salud <b>Sí / No</b> En caso afirmativo, nombre de la compañía _____	Tiene/familia en la actualidad tienen seguro de salud <b>Sí / No</b> En caso afirmativo, nombre de la compañía _____

## OTROS INGRESOS

Si recibe Seguro Social para usted o sus dependientes, desempleo, compensación, manutención, pension alimenticia, pensiones, ingresos de jubilación, renta, becas universitarias, de la lista a continuación.

Fuente	Cantidad
Fuente	Cantidad

## MIEMBROS DEL HOGAR

(Lista de todas las personas que viven en su casa)

Nombre	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Relación
Nombre	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Relación
Nombre	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Relación
Nombre	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Relación
Nombre	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Relación

## CUENTAS DE CHEQUES/AHORROS Y TARJETA DE DÉBITO

Lista de todas las cuentas de tarjetas de débito y cheques para todos los miembros de la familia

Nombre del Banco	Número de Cuenta	Tipo de Cuenta
Nombre del Banco	Número de Cuenta	Tipo de Cuenta
Nombre del Banco	Número de Cuenta	Tipo de Cuenta

**CUENTAS DE INVERSIÓN**

Lista de los planes 401(k)s, IRAs, CDs, anualidades, acciones, bonos, cuentas Keogh para todos los miembros del hogar

Nombre de Banco/Compañía	Número de Cuenta	Valor Actual
Nombre de Banco/Compañía	Número de Cuenta	Valor Actual

**VEHÍCULOS**

Lista de todos sus vehículos, incluyendo automóviles, lanchas, remolques y vehículos recreativos

Año/ marca / modelo	Valor	Pago mensual
Año/ marca / modelo	Valor	Pago mensual
Año/ marca / modelo	Valor	Pago mensual

**¿HA SOLICITADO ALGUNA DE LAS AYUDAS A CONTINUACION?**

**Estampillas para comida, asistencia de utilidades/vivienda** Si / No En caso afirmativo cuanto recibe por mes \$ \_\_\_\_\_

**Medicaid / Kids Connection / ADC / EWM / Becas del stado o federales** Si / No En case afirmativo, fecha de solicitud \_\_\_\_\_ ESTADO **circúle uno** – Pendiente/Denegado/Recibido \$ \_\_\_\_\_

¿Tiene Medicaid con un parte del costo? Si / No \$ \_\_\_\_\_ /al mes

**Seguro Social/SSI** Si / No En caso afirmativo, nombre de la persona aplicando para beneficios \_\_\_\_\_  
Fecha de aplicación \_\_\_\_\_ ESTADO – **circúle uno** – Pendiente / Denegado / Recibido \$ \_\_\_\_\_

**Programa de Gastos Médicos Compartido** ¿Participa usted en un programa de gastos médicos compartidos? **Si / No**  
En caso afirmativo, el nombre del programa \_\_\_\_\_

**Consejo de la judicatura** ¿Tiene abogado a asesor legal, que le ayudó en la obtención de pago para las cuentas de RWMC **Si / No** En caso afirmativo, fecha del incidente \_\_\_\_\_ Tipo de reclamación \_\_\_\_\_  
Nombre del abogado \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección (con ciudad y estado) \_\_\_\_\_

**BIENES RAÍCES**

¿Usted posee o alquila?  Propia  Alquila  Hipoteca Mensual \$ \_\_\_\_\_  Alquiler Mensual \$ \_\_\_\_\_

Lista de todos los bienes raíces propios tales como Rancho, tierra de granja, alquiler de propiedades y otros bienes, **fuera de su residencia primaria**. Proporcione una copia actualizada de la valoración del Asesor de impuestos de propiedad. Lista de **propiedades adicionales en una página separada**.

Dirección de la Propiedad	Tax assessor value	Estimated equity	Monthly Payment
Dirección de la Propiedad	Tax assessor value	Estimated equity	Monthly Payment

Si tiene un procedimiento próximo en Regional West Medical Center, complete esta sección.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Procedimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Procedimiento \_\_\_\_\_ Nombre del Medico \_\_\_\_\_

**PROPORCIONE UNA CARTA DE NECESIDAD MÉDICA DE SU MÉDICO PARA ESTE PRÓXIMO PROCEDIMIENTO**

**Explique por qué usted está solicitando ayuda financiera de RWMC. Si usted no tiene ninguna fuente de ingresos, explique cómo se están pagando sus gastos de vida (alquiler/servicios públicos/alimentos/etc.).**

**\*\*Si usted necesita más espacio, adjunte una hoja adicional\*\***

**Adjuntar la siguiente información; sin documentación su solicitud se negará**

- 1) Talones de cheque (últimos 30 días de empleo, desempleo o compensación para trabajadores)
- 2) Verificación de cualquier ingreso adicional recibido por cualquier miembro de la familia
  - Seguro Social
  - Ayuda a niños dependientes
  - Pensión / jubilación
  - Pensión compensatoria / manutención de los hijos
  - Beneficios de veteranos
  - Becas universitarias/becas
- 3) Formulario de impuestos federales 1040 y todo el cronograma.  
\* Si trabaja por cuenta propia incluya un libro de contabilidad de 6 meses\*.
- 4) Corriente y completa declaración para cada cuenta de banco / Union de credito / cuenta de inversión
  - Cheques / Débito / Ahorros
  - Pensión / jubilación
  - Acciones / Bonos
  - Salud / Cuenta de ahorros medico
  - Anualidades / Cert. de Deposito
  - Cuentas de Keogh
  - Declaracion de 30 días
  - 401(k)s / Inversiones
  - IRAs

**NO incluya copias de sus facturas médicas/domésticas**

Yo, el abajo firmante, certifico que la información anterior es verdadera y exacta. Entiendo que la información está sujeta a verificación. En el proceso de revisión, podrá solicitarse un informe de crédito para verificar la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo la falsificación de la información presentada o falta de información puede poner en peligro mi consideración para el programa. Cualquier ayuda financiera concedida permanecerá válida por 180 días y se aplicará a cualquier otra cuenta durante este tiempo **excepto procedimientos electivos**. Información adicional puede ser solicitada durante este período de tiempo. Se requerirá una carta de necesidad médica de su médico antes de aplicar cualquier reducción a las cuentas relacionadas con el continuo tratamiento.

- Cuentas que están más allá de 240 días desde la fecha de la primera declaración de equilibrio debida no pueden ser elegibles para asistencia.
- Presentación de esta solicitud no exime al solicitante del régimen de pago mensual en cuentas a RWMC.
- Cuentas que han tenido fallos judiciales de acción o embargo de sueldo no califican para ayuda financiera.
- Cuentas que no pueden ser procesados por un pagador debido a la falta de información del paciente no son elegibles para ayuda financiera.
- Cuentas por las cuales el paciente era elegible para el seguro médico pero que la información no fue proporcionada a la instalación para cumplir con la presentación oportuna de las directrices del pagador no son elegibles para ayuda financiera.

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Cónyuge \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Si usted tiene alguna pregunta o desea recibir una copia escrita de la póliza de asistencia financiera, póngase en contacto con nosotros.**

**RWHS Financial Assistance (FAST)**  
4021 Ave. B  
Scottsbluff, NE 69361

**Teléfono: (833) 661-1846 (Toll Free)**  
**FAX: (308) 630-1354**  
**Email: [FAST@rwhs.org](mailto:FAST@rwhs.org)**