



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha de la solicitud: _____

Si el paciente es menor de edad, por favor escriba el nombre de los padres o tutores legales como solicitante y co-solicitante.

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (GARANTE)					
ESTADO CIVIL					
Soltero <input type="checkbox"/> Casado / Pareja de Hecho <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo					
*Si indicó que está casado o con pareja de hecho; Por favor, complete la sección 2					
Apellido		Nombre	Inicial del segundo nombre	Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha de Nacimiento	Número de dependientes (sin contar consigo mismo y el co-solicitante)	Edades de los dependientes		Teléfono de casa	
Dirección postal (No incluya apartado de correos, 'PO Box')		Ciudad	Estado	Condado	Código postal
Empleador actual		Calle, Ciudad, Estado		Puesto	
*Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo lleva desempleado?					

2. INFORMACIÓN DEL CO-SOLICITANTE (GARANTE) RELACIÓN CON EL PACIENTE					
Cónyuge / Pareja de Hecho <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____					
Apellido		Nombre.	Inicial del segundo nombre	Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha de Nacimiento	Número de dependientes (sin contar consigo mismo y el co-solicitante)	Edades de los dependientes		Teléfono de casa	
Dirección postal (No incluya apartado de correos, 'PO Box')		Ciudad	Estado	Condado	Código postal
Empleador actual		Calle, Ciudad, Estado		Puesto	
*Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo lleva desempleado?					

3. INFORMACIÓN DE LA FAMILIA (POR FAVOR PROPORCIONE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS A CONSIDERAR PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA) - POR FAVOR, IMPRIMA			
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número(s)de cuenta
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número(s)de cuenta
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número(s)de cuenta
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número(s)de cuenta

4. OTRAS PREGUNTAS DE COBERTURA: (Todas las respuestas conciernen al paciente)		Marque la respuesta apropiada
1.	¿Tiene seguro médico el paciente? En caso afirmativo, por favor proporcione la siguiente información: Nombre del Seguro de Salud: _____ Nombre de los suscriptores: _____ Número de Identificación de Miembros/Pacientes: _____ Número de Grupo: _____ Nombre del Grupo / Empleador: _____ Fecha de Entrada en Vigor: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.	¿El paciente cumple con los requisitos para un programa de asistencia médica estatal (Medicaid)? En caso afirmativo, proporcione la siguiente información: Nombre del programa: _____ Condado: _____ Número de identificación del paciente: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.	Si está recibiendo inyecciones/infusiones, ¿ha contactado con la compañía farmacéutica para ver si hay ayuda financiera disponible para sus gastos de bolsillo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.	¿Está siendo el paciente tratado por lesiones cubiertas por la Compensación por Accidente Laboral? En caso afirmativo, proporcione la siguiente información: Nombre del Operador de Compensación por Accidente Laboral: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.	¿Está siendo el paciente tratado por lesiones cubiertas por Responsabilidad de Terceros, tal como una compañía de seguros de automóviles? En caso afirmativo, por favor proporcione la siguiente información: Nombre del Seguro de Automóvil o Abogado: _____ Número de teléfono del seguro de automóvil o del abogado: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6.	¿Es el paciente víctima de un delito? En caso afirmativo, por favor proporcione la siguiente información: Fecha de la lesión: _____ Nombre del trabajador social: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7.	¿Su empleador le ofreció seguro médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8.	¿Se le negó el seguro médico de su empleador?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9.	¿Cumple con los requisitos para recibir beneficios de COBRA (continuación de cobertura)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10.	¿Es usted estudiante en la actualidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11.	Si usted es mayor de 18 años, ¿vive con un padre o tutor? Si usted es menor de 26 años, ¿el trabajo de su/s padre/s le ofrece seguro de salud a usted?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

5. FINANZAS Copia de la Declaración de Impuestos y los últimos dos meses de su nómina (Conteste todas)				
Ingreso Familiar Mensual	Solicitante	Cónyuge/Otro Miembros del Hogar	Gastos Mensuales del Hogar	Solicitante/Cónyuge/Miembros del Hogar
Empleo (Salario Bruto/Neto)	\$	\$	Alquiler/Hipoteca	\$
Seguridad Social/Discapacidad	\$	\$	Alimentación	\$
Jubilación/Pensión de Veteranos (todas las fuentes de ingresos)	\$	\$	Pagos de Automóviles	\$
Compensación por Desempleo	\$	\$	Cuidado de los Niños/Transporte	\$
ADC/WIC/Cupones para Alimentos	\$	\$	Gastos de bolsillo Médicos y Dentales	\$
Pensión alimenticia/Manutención de los	\$	\$	Seguro (automóvil, médico, etc.)	\$
Ingresos por inversiones/Intereses	\$	\$	Tarjeta de crédito	\$
Otros (Indique)	\$	\$	Agencias de Cobro	\$
Ingresos Mensuales Totales	\$	\$	Ropa	\$
Ingreso Mensual Neto	\$	\$	Otros (Indique)	\$
Ingresos totales de los últimos 12 meses	\$	\$	Gastos Mensuales Totales	\$
ACTIVOS (Valor de mercado actual)			OBLIGACIONES	
Efectivo en mano /Banco/Ahorros	\$	\$	Factura Médica*	\$
Inversiones/Certificados de Depósito	\$	\$	Factura Médica*	\$
Préstamo/Valor en efectivo de Seguro de Vida.	\$	\$	Factura Médica*	\$
Dimensión en pies cuadrados de la residencia	\$	\$	Tarjeta(s) de crédito	\$
Precio de Compra \$	\$	\$	Préstamo de muebles y	\$
Valor Estimado Actual	\$	\$	Préstamo Hipotecario (saldo actual)	\$
Vehículo Principal: Año/Modelo	\$	\$	Préstamo del Vehículo (saldo actual)	\$
Otro Vehículo: Año/Modelo	\$	\$	Cantidad a deber a la Agencia de	\$
Número de hectáreas de la Finca Inmobiliaria	\$	\$	Préstamos Inmobiliario (saldo actual)	\$
Maquinaria Agrícola	\$	\$	Cantidad a deber por maquinaria	\$
Ganado	\$	\$	Importe a deber por ganado	\$
Propiedad de Alquiler	\$	\$	Préstamo sobre Propiedad de Alquiler	\$
Negocio	\$	\$	Préstamo de Negocios	\$
Cantidad en Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos	\$	\$	Otro	\$
Otro	\$	\$		\$
Activos			Obligaciones totales	
\$			\$	

6. NARRATIVA/COMENTARIOS: (Por favor, explique el motivo por el cual solicita asistencia financiera)

7. FIRMA

Certifico que toda la información es válida y completa y por la presente autorizo a Brookings Health System a solicitar y/o verificar cualquiera de la información anterior según considere necesario.

Solicitante	Fecha	Co-Solicitante	Fecha
_____	_____	_____	_____

Envíe la solicitud completa con los documentos requeridos: Brookings Health System
Patient Financial Services
300 22nd Ave, Brookings, SD 57006

Información Importante Necesaria con la Solicitud

Comprobante de Ingresos (POI por sus siglas en inglés): Le pedimos amablemente que proporcione la siguiente información o una explicación de por qué esta información no está disponible. La falta de documentación puede retrasar la tramitación de su solicitud y podría resultar en la denegación de asistencia.

A continuación se muestra una lista de la documentación de POI que se requiere para ser considerado para la Asistencia Financiera de BHS. Por favor, incluya todas las que correspondan.	
Tipo de Ingreso:	Documentación necesaria:
Empleo	Copia de la declaración de impuestos individual (Formulario 1040) para el año tributario actual.
Autónomo/Empleo independiente	Copia de impuestos individual (Formulario 1040) para el año tributario actual
Seguro Social/Jubilación	Copia de la declaración de impuestos individual (Formulario 1040) para el año tributario actual. Copia de la Carta de Adjudicación de la Administración de la Seguridad Social en el que se indica el pago mensual Copia de la notificación del pago mensual de la Administración de la Seguridad Social
Discapacidad	Copia de la declaración de impuestos individual (Formulario 1040) para el año tributario actual. Copia de la Carta de Adjudicación de la discapacidad que indica el pago mensual por discapacidad Copia de la notificación del pago mensual por discapacidad
Desempleo	Copia de la declaración de impuestos individual (Formulario 1040) para el año tributario actual. Copia de la Carta de Adjudicación del desempleo que indique la cantidad semanal o mensual de beneficios Copia de la notificación de pago mensual por desempleo
Manutención Conyugal/De los hijos	Copia de la declaración de impuestos individual (Formulario 1040) para el año tributario actual.
Propiedad de Alquiler	Copia de la declaración de impuestos individual (Formulario 1040) para el año tributario actual
Ingresos por Inversiones	Copia de la declaración de impuestos individual (Formulario 1040) para el año tributario actual
Artículos adicionales necesarios:	
Comprobante de Dependientes:	Copia de la declaración de impuestos individual (Formulario 1040) para el año tributario actual
Comprobante de inscripción (Estudiante)	Copia de la carta de inscripción o de las calificaciones de la universidad del semestre o cuatrimestre actual

Se harán todos los esfuerzos posibles para procesar su solicitud sin demora y una vez que su solicitud haya sido revisada, usted recibirá una carta confirmando el resultado. Las solicitudes completas pueden ser enviadas por correo postal con la documentación necesaria a la dirección indicada aquí abajo:

Brookings Health System
Attn: Patient Financial Services
300 22nd Avenue
Brookings, SD 57006