



## ANEXO B

### SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA E INSTRUCCIONES

1. Si usted no tiene seguro médico se necesita una carta de negación de Medicaid antes de entregar la solicitud de ayuda financiera.
2. Incluya todos los ingresos mensuales en los espacios provistos.
3. Proporcione la comprobación de sus ingresos, incluidos:
  - a) los 2 últimos comprobantes de pago, O BIEN, el W-2 más reciente;
  - b) estados de cuenta bancarios más recientes
  - d) cartas de concesión de beneficios o formularios 1099 o extractos bancarios que muestren el seguro social, la discapacidad, la compensación de trabajadores o los beneficios administrativos para veteranos;
  - e) copias de cartas de concesión de beneficios o formularios 1099 que muestren el desempleo, la jubilación\* o los beneficios de pensiones;
  - f) prueba de activos que puede incluir, entre otros, cuentas corrientes, de ahorro, de inversiones, de haberes y de jubilación de los tres meses más recientes;
  - g) verificación del estado de empleo por cuenta propia y de los ingresos recibidos:
    - (1) recibos de clientes,
    - (2) impuesto federal sobre la renta del año más reciente, incluyendo el calendario adecuado que muestre los ingresos del empleo por cuenta propia, S-corp u otras entidades de ese tipo.
4. Proporcionar copia de la carta de denegación de Medicaid.
5. Firme la solicitud de ayuda económica.
6. Si no tiene ingresos, tendrá que proporcionar una explicación de cómo hace frente a sus gastos de la vida diaria.

\*Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al (859) 239-2333 o acuda a un Asesor Financiero en 217 South Third Street, Danville, KY 40422, de lunes a viernes entre las 8:00 a. m y las 5:00 p. m.

**Envíe por correo la solicitud completada y los documentos a:**  
**Ephraim McDowell Health, Inc.**  
**217 South Third Street**  
**Danville, KY 40422**  
**ATTN: Asesor Financiero (*Financial Counselor*)**

Una vez que hayamos recibido toda la información y la documentación solicitada, tomaremos una determinación y notificaremos por correo en un plazo de 30 días la elegibilidad para participar en el Programa de Ayuda Económica.

Esta página está destinada a estar en blanco.



# Ephraim McDowell Health

Nombre del responsable: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de SS: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_  
Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del cónyuge: \_\_\_\_\_  
N.º de SS del cónyuge: \_\_\_\_\_  
Seguro principal: \_\_\_\_\_ N.º de ID: \_\_\_\_\_ Persona asegurada: \_\_\_\_\_  
Seguro secundario: \_\_\_\_\_ N.º de ID: \_\_\_\_\_ Persona asegurada: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro del núcleo familiar	Relación	N.º de SS	Edad

Número de personas en el núcleo familiar (incluido el paciente) \_\_\_\_\_

### EMPLEO:

Empleador: \_\_\_\_\_ Duración del empleo o fecha de contratación: \_\_\_\_\_  
Empleador del cónyuge: \_\_\_\_\_ Duración del empleo o fecha de contratación del cónyuge: \_\_\_\_\_

### INGRESOS BRUTOS:

	Mensuales (\$)
Salario bruto por el sueldo de la parte responsable o del paciente /W2.....	_____
Salario bruto por el sueldo del cónyuge y los hijos /W2.....	_____
Pensión por divorcio.....	_____
Seguro Social .....	_____
SSI/Discapacidad/K-Tap.....	_____
Desempleo.....	_____
Pensión.....	_____
Cupones para alimentos.....	_____
Otros ingresos (p. ej., inversiones, compensación de trabajadores): Sí/No (marque uno) Si la respuesta es afirmativa, haga una lista: _____	_____
<b>TOTAL DE INGRESOS MENSUALES.....</b>	<b>\$ _____</b>

### RECURSOS:

Cuentas corrientes y de ahorro.....	_____
Valor de acciones y bonos.....	_____
Propiedades inmobiliarias aparte de la vivienda principal: Valor _____ Saldo adeudado _____	_____
¿Otros recursos? Sí/No (marque uno) Si la respuesta es afirmativa, haga una lista: _____	_____
<b>TOTAL DE RECURSOS.....</b>	<b>\$ _____</b>

Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es correcta y verdadera a mi saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa o si oculto información al solicitar la ayuda, mi solicitud puede ser denegada y Ephraim McDowell puede buscar el cobro de todo saldo pendiente adeudado. En ese caso, puedo ser objeto de enjuiciamiento por fraude. Acepto notificar a EMH los cambios en la información proporcionada en este formulario, incluida la dirección, el número de teléfono y los ingresos.

### SOLO PARA USO DE LA OFICINA

_____ (FIRMA DE LA PARTE RESPONSABLE)	_____ (FECHA)	Discount % Approved _____
_____ (FIRMA DEL CÓNYUGE)	_____ (FECHA)	Date Submitted _____
		FC Signature _____
		Approval Signature _____
		Date Approved _____

Esta página está destinada a estar en blanco.



**DECLARACIÓN DE INGRESOS**

Entiendo que la falsificación intencionada de información relativa al tamaño de mi núcleo familiar y/o los ingresos resultará en la denegación. Seré responsable de los cargos por los servicios prestados.

Tamaño de la familia nuclear \_\_\_\_\_

Ingresos totales del núcleo familiar \$ \_\_\_\_\_ (mensuales)

\_\_\_\_\_ tiene CERO ingresos por rendimiento del trabajo desde \_\_\_\_\_.  
Nombre del paciente Fecha

-----  
Certifico que la información a la que se hace referencia anteriormente es correcta a mi entender.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Esta página está destinada a estar en blanco.