



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:

Salario bruto por el sueldo de la parte responsable o del paciente /W2..... Mensuales (\$) _____

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: _____

TOTAL DE INGRESOS MENSUALES..... \$ _____

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: _____

TOTAL DE RECURSOS..... \$ _____

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)

(FIRMA DEL CÓNYUGE) (FECHA)

Discount % Approved _____

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.