



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.

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.