

UKHC Solicitud de Asistencia Financiera de UKHC

Numero de Historia Clínica# _____

Lugar donde recibió los servicios medico (marque uno, si lo sabe):

☐ UK Lexington ☐ UK King 's Daughters ☐ UK St. Claire

INSTRUCCIONES: POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS. NO DEJE NINGUN ESPACIO EN BLANCO. SI NO APLICA, ESCRIBA "N/A". SE LE PEDIRA QUE PROPORCIONE DOCUMENTACION APLICABLE DURANTE LA SOLICITUD. ASEGURESE DE VERIFICAR LOS DOCUMENTOS QUE ENVIE. ENVIE SOLO COPIAS. NO USE GRAPAS.

I. INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

Dirección: _____ Numero de Seguro Social: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Estado Civil: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ ¿Es ciudadano de Estados Unidos? ☐ Si ☐ No

¿Es residente de Kentucky? ☐ Si ☐ No ¿Es residente de Ohio? ☐ Si ☐ No Si es residente de otro estado, ¿dónde? _____

Se encuentra en Estados Unidos con visa, pasaporte u otro documento (¿vigente o vencido? ☐ Si ☐ No ****Si respondió si, proporcione una copia**

Estado Laboral: ☐ Empleado ☐ Desempleado ☐ Trabajo por mi cuenta ☐ Jubilado ☐ Discapacitado ☐ Estudiante

Empleador: _____ Salario por hora: _____ #horas: ☐ o #semanal ☐ Número de Teléfono _____

¿Se considera usted? ☐ Ciego ☐ Discapacitado ☐ Mayor de 65 años ☐ Embarazada ☐ Menor de edad ☐ Tiene hijos menores en el hogar? ☐ N/A

II. CONYUGE- ESTA CASADO / No me aplica, soltero(a) ☐

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ ¿Es ciudadano de EE. UU? ☐ Si ☐ No

UKHC MR# _____ Numero de Seguro Social: _____ Número de Teléfono _____

Estado Laboral: ☐ Empleado ☐ Desempleado ☐ Trabajo por mi cuenta ☐ Jubilado ☐ Discapacitado ☐ Estudiante

Empleador: _____ Salario por hora: _____ #horas: ☐ o #semanal ☐ Número de Teléfono _____

III. PADRE(S) O TUTOR(ES) LEGAL(ES) (Si el paciente es menor/ no me aplica ☐

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ ¿Es ciudadano de EE. UU? ☐ Si ☐ No

UKHC MR# _____ Numero de Seguro Social: _____ Número de Teléfono _____

Estado Laboral: ☐ Empleado ☐ Desempleado ☐ Trabajo por mi cuenta ☐ Jubilado ☐ Discapacitado ☐ Estudiante

Empleador: _____ Salario por hora: _____ #horas: ☐ o #semanal ☐ Número de Teléfono _____

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ ¿Es ciudadano de EE. UU? ☐ Si ☐ No

UKHC MR# _____ Numero de Seguro Social: _____ Número de Teléfono _____

Estado Laboral: ☐ Empleado ☐ Desempleado ☐ Trabajo por mi cuenta ☐ Jubilado ☐ Discapacitado ☐ Estudiante

Empleador: _____ Salario por hora: _____ #horas: ☐ o #semanal ☐ Número de Teléfono _____

Nombre del dependiente	Numero Medico#	Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Ciudadano de EE.UU
_____	_____	_____	_____	☐ S / ☐ N
_____	_____	_____	_____	☐ S / ☐ N
_____	_____	_____	_____	☐ S / ☐ N
_____	_____	_____	_____	☐ S / ☐ N
_____	_____	_____	_____	☐ S / ☐ N
_____	_____	_____	_____	☐ S / ☐ N

IV. FUENTES DE INGRESO DEL HOGAR: Responda las siguientes preguntas para usted, su cónyuge y dependientes

	PACIENTE/MADRE/PADRE		ESPOSO(A)/MADRE/PADRE		DEPENDIENTE	
¿Actualmente trabaja o ha trabajado en los últimos (6) meses?	☐ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO
¿Recibe beneficios por desempleo o compensación laboral?	☐ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO
¿Recibe Seguro Social, beneficios de veteranos o discapacidad?	☐ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO
¿Recibe pensión o jubilación?	☐ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO
¿Recibe pensión alimenticia, manutención infantil o beneficios de parentesco?	☐ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO
¿Recibe ingresos por alquiler?	☐ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO
¿Recibe algún tipo de asistencia estatal?	☐ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO

Numero de Historia Clínica# _____

Lugar donde recibió los servicios medico (marque uno, si lo sabe):

☐ UK Lexington☐ UK King 's Daughters☐ UK St. Claire**RECURSOS:** Proporcione EL VALOR estimado actual de los siguientes recursos (si no aplica a usted, marque N/A)

Cuenta de Cheques	\$ _____	Cuenta de ahorros:	\$ _____
Certificado de Deposito	\$ _____	Acciones	\$ _____
Bonos de ahorro	\$ _____	Anualidades	\$ _____
401K u otra cuenta similar)	\$ _____	IRA	\$ _____

Posee bienes raíces (¿sin incluir su vivienda actual?) ☐ SI ☐ NO

Si respondió si, proporcione una breve descripción y valor estimado:

Declaración de no poseer cuenta bancaria

Complétela siguiente declaración si no tiene cuenta corriente, de ahorros, directo expreso o tarjeta prepagada. También debe proporcionar un mes de recibos de servicios de cambio de cheques o pago de servicios en efectivo.

Esta declaración firmada certifica que _____ (nombre del paciente) no tiene cuenta Bancaria en ninguna institución financiera.

Firma Del Paciente_____
Fecha_____
Firma del cónyuge/padre/tutor_____
Relación al paciente

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DE ASISTENCIA FINANCIERA

La Aprobación de Asistencia financiera no garantiza la cobertura de los servicios; todos los servicios están sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de las reglas de asistencia financiera. Si se aprueba, los ajustes solo se aplicarán a las cuentas dentro de las reglas y a los servicios que no estén excluidos.

Yo Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es correcta y completa según mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa u omito información al recibir asistencia, puedo estar sujeto a acciones legales por fraude. Todas las solicitudes requieren firma para ser procesadas.

Firma del Paciente_____
Fecha_____
Firma del cónyuge/padre/tutor_____
Relación al paciente