

Instrucciones: Complete la solicitud y devuélvala dentro de los 10 días, adjuntando copias de:

- Declaración de impuestos federales más reciente
- Estados de cuentas bancarias completos de tres meses
- Determinación/denegación de Medicaid, si solicitó
- Estados de cuenta vigentes para todas las inversiones
- Comprobantes de ingresos de tres meses (talones de pagos, etc.)
- Si no tiene ingresos, una carta de quien le proporciona sustento

Información de(l)/la paciente (escriba en letra de imprenta)			
Nombre completo (apellido, nombre de pila, inicial del segundo nombre)		Fecha de nacimiento	
Domicilio			
Teléfono principal () ()	Teléfono secundario () ()	Seguro Social/EIN	
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Otro _____		¿Usted es residente documentado/a de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Usted hace una Declaración Anual de Impuestos Federales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que no, ¿por qué? _____		¿Quién es el declarante principal? <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro _____	
Empleador		¿Usted tenía seguro médico o cualquier otra cobertura al momento de su servicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Información del grupo familiar (haga una lista de todas las personas que viven con usted).			
Nombre de la persona	Fecha de nacimiento	Relación/Parentesco	¿Esta persona está nombrada en su Declaración Anual de Impuestos Federales?
1.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si hay otros integrantes en su grupo familiar, puede indicar sus nombres en una hoja adicional.			
Gastos (haga una lista de los gastos mensuales de todos los integrantes del grupo familiar). Esta sección no es requisito para las clínicas NHSC o MSLRP.			
Pago de la casa / Renta / Renta del terreno	Impuestos sobre la propiedad (monto anual)	Seguro de vivienda / Seguro de alquiler	
Pago del automóvil	Seguro del automóvil	Combustible (vehículo)	
Teléfono	Servicios públicos generales	Comestibles	
Cuidado de niños / Sustento de menores	Gastos de educación	Otros	
Seguro médico / Gastos médicos	Seguro de vida	Otros	
Sólo para uso interno		MRN	

Confidentiality of this medical record shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.

Ingresos (haga una lista de los ingresos de todos los integrantes del grupo familiar).					
Fuente del ingreso mensual	¿Quién recibe este ingreso?	Ingreso mensual bruto	Fuente del ingreso mensual	¿Quién recibe este ingreso?	Ingreso mensual bruto
Salario (paciente)			Seguro social (paciente)		
Salario (adicional)			Seguro social (adicional)		
Trabajo por cuenta propia			Inversiones/Intereses		
Pensión/Dividendos			Sustento de menores / Pensión alimenticia		
Propinas/Comisiones			Ingreso tribal		
Desempleo			Ingreso por renta / contrato de terreno		
Compensación por lesiones laborales			Ingreso por asistencia pública		
Discapacidad			Otros		

Bienes del grupo familiar (haga una lista de los bienes de todos los integrantes del grupo familiar). Esta sección no es requisito para las clínicas NHSC o MSLRP.

Fuente del bien	¿De quién es este bien?	Valor actual del bien	Fuente del bien	¿De quién es este bien?	Valor actual del bien
Cuenta corriente bancaria			Valor de la propiedad (casa)		
Cuenta corriente nro. 2			Valor de la propiedad nro. 2		
Cuenta de ahorros			Valor del vehículo (principal)		
Cuenta de ahorros nro. 2			Valor del vehículo nro. 2		
Certificados de depósito / Mercado de valores			Motocicleta/ Vehículo todoterreno / Lancha / Remolque		
401k/403B/IRA/ Fondo para jubilación			Seguro de vida (valor de rescate)		
Acciones/Bonos/Anualidad			Fideicomiso		
Cuenta de ahorro para salud (HSA) / Cuenta de ahorro flexible (FSA)			Servicios de pago móviles/ virtuales		
Otros			Otros		

Yo entiendo que la información que presento en cuanto a mis ingresos anuales, tamaño de mi familia y bienes está sujeta a verificación. También entiendo que si se determina que la información que presento es falsa, mi solicitud será denegada. Si esto sucede, el saldo adeudado en la cuenta seguirá siendo mi responsabilidad.

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, contáctenos al teléfono 877.687.7309 o al correo electrónico EastFinancialCounseling@corewellhealth.org.

Solicitante _____ **Fecha** _____

Cónyuge _____ **Fecha** _____