



APLICACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA

FECHA DE LA APLICACION: \_\_\_\_\_

<p><b>Información, Persona responsable</b></p> <p>Nombre Persona Responsable _____</p> <p>Fecha de Nacimiento _____</p> <p>Relación con el Paciente  <input type="checkbox"/> Yo   <input type="checkbox"/> Esposo/a/Pareja Domestica   <input type="checkbox"/> Padre  <input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>Estado Marital  <input type="checkbox"/> Soltero   <input type="checkbox"/> Casado/ Pareja Domestica  <input type="checkbox"/> Divorciado   <input type="checkbox"/> Separado</p> <p>Ciudadano U.S. <input type="checkbox"/> SI   <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Dirección _____  _____</p> <p>Número de Teléfono (____) ____ - _____</p> <p>Lugar de Trabajo. _____  (desempleado, provea carta de soporte)</p>	<p><b>Esposo/a/Información de la pareja</b></p> <p>Nombre Esposo/a/Pareja _____</p> <p>Fecha de Nacimiento _____</p> <p>Relación con el Paciente  <input type="checkbox"/> Yo   <input type="checkbox"/> Esposo/a/Pareja Domestica   <input type="checkbox"/> Padre  <input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>Estado Marital  <input type="checkbox"/> Soltero   <input type="checkbox"/> Casado/ Pareja Domestica  <input type="checkbox"/> Divorciado   <input type="checkbox"/> Separado</p> <p>Ciudadano U.S. <input type="checkbox"/> SI   <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Dirección _____  _____</p> <p>Número de Teléfono (____) ____ - _____</p> <p>Lugar de Trabajo. _____  (desempleado, provea carta de soporte)</p>								
<p><b>Dependes (menores de 18)</b></p> <table border="0"> <tr> <td style="width: 50%;">Dependes Nombre</td> <td style="width: 50%;">Fecha de Nacimiento</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>		Dependes Nombre	Fecha de Nacimiento	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dependes Nombre	Fecha de Nacimiento								
_____	_____								
_____	_____								
_____	_____								
<p>¿Ha aplicado para el Medicaid? <input type="checkbox"/> SI   <input type="checkbox"/> NO</p> <p><b>Por favor envíe los siguientes documentos requeridos con la aplicación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los últimos dos meses de sus estados de cuentas</li> <li>• Los últimos 30 días de recibos de sueldo con el total del año actualizado</li> <li>• Declaración de impuestos más reciente si trabaja por cuenta propia, renta o ingreso agrícola</li> <li>• Si no tienen ingresos, una carta de soporte</li> <li>• Carta de denegación del Medicaid</li> </ul>									

**VERIFICACION DE INGRESOS** (basado en las ganancias mensuales brutas))

<u>Fuentes de Ingresos Mensuales</u>	<u>Persona Responsable</u>	<u>Esposo/a/Pareja</u>	<u>Ingresos mensuales Combinados</u>
Ingresos por Empleo	\$	\$	\$
Seguridad Social	\$	\$	\$
Discapacidad	\$	\$	\$
Desempleo	\$	\$	\$
Esposo/a/Manutención	\$	\$	\$
Alquiler de Propiedad	\$	\$	\$
Ingresos por Inversión	\$	\$	\$
Asistencia Estatal (ej.: estampillas de comida)	\$	\$	\$
Otro(s)	\$	\$	\$

**BIENES\*\*** Debe enumerar todos los fondos disponibles\*\*

<u>Bienes</u>	<u>Nombre en la Cuenta</u>	<u>Nombre del Banco</u>	<u>Balance actual</u>
Cuenta(s) de Cheque			\$
Cuenta(s) de Ahorros			\$
Dinero en el Mercado			\$
Ahorros de Salud			\$
Cuenta de Gastos Flexibles			\$
Cuenta(s) de Retiro (ej.401K/IRA)			\$
Otros(s)			\$
			\$

**BIENNES ADICIONALES** (Automóvil, motocicletas, casa(s), propiedades, otros)

<u>Bienes:</u>	<u>Valor Estimado:</u>	<u>Saldo Adeudado: (sin aplica)</u>

**FIRMA**

Certifico que toda la información es válida y completa y por la presente autorizo a Holland Hospital a solicitar un informe de verificación de crédito y / o verificar cualquiera de la información anterior según lo considere necesario.

\_\_\_\_\_

Firma de la parte Responsable

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

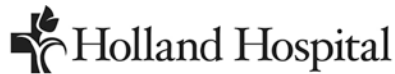
Nombre Esposo/a/Pareja

\_\_\_\_\_

Fecha

Retorne la aplicación complete con toda la verificación a:

**Holland Hospital**  
**Patient Financial Services**  
**602 Michigan Avenue**  
**Holland, MI 49423-4918**  
**616-394-3626**



602 Michigan Avenue + Holland, Michigan 49423-4999 + main: 616.392.5141 + hollandhospital.org

La siguiente es una lista de verificación de la información requerida para ser devuelta con su aplicación. **Si está casado**, asegúrese de incluir verificaciones para su cónyuge. Si está separado, proporcione un documento legal que lo demuestre. Es posible que algunos elementos necesiten una explicación adicional o que no apliquen, en estos casos, explique o marque con un círculo la palabra "N / A". De lo contrario, si marca "Sí", asegúrese de que sus documentos estén incluidos para su revisión.

Copia de la declaración de impuestos más reciente si trabaja por cuenta propia, renta o ingreso agrícola	Sí	No	N/A
Copias recientes de talones de pago con ganancias del año en curso, (30 días)	Sí	No	N/A
Prueba de otros ingresos	Sí	No	N/A
En caso de que este desempleado, una carta de apoyo	Sí	No	N/A
Estados de cuenta bancarios actuales con todas las páginas (2 meses)	Sí	No	N/A
Estado actual de su IRA, 401K, HSA, FSA, MM	Sí	No	N/A
¿Has solicitado Medicaid? (En caso negativo, explique).	Sí	No	N/A
¿Ha solicitado la cobertura médica en el Marketplace?	Sí	No	N/A

Explicación

**Devuelva la solicitud completa y los documentos adicionales a:**

Holland Hospital  
Patient Financial Services  
602 Michigan Ave.  
Holland, MI 49423

**Por favor llene la parte de adelante y de atrás de la solicitud.** Si no devuelve la solicitud **terminada completa, con firma, con fecha** y toda la documentación adicional requerida, su solicitud podrá ser negada. **Por favor no envíe originales.**

Thank You,  
Holland Hospital  
Patient Financial Services