



612 Beaman Street, Clinton, NC
910.590.8751
www.SampsonRMC.org/FinancialAssistance

necesaria a: Sampson Regional Medical Center's
Business Office, ubicado en 612 Beaman Street,
Clinton, NC; o envíe un correo a:
PO Box 260, Clinton, NC 28329

Entregue la solicitud completa y cualquier información adicional

Solicitud de asistencia financiera

Rellene toda la información por completo. Si no aplica, escriba "NA". Adjunte páginas adicionales de ser necesario.

Información de verificación

- ¿Necesita un intérprete? Sí No De ser afirmativo, haga una lista de sus idiomas de preferencia: _____
- ¿El paciente ha hecho la solicitud para Medicaid? Sí No (podría requerirse con el fin de ser considerado para recibir la asistencia financiera).
- ¿El paciente recibe beneficios de servicios públicos del estado tales como la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)? Sí No
- ¿La asistencia médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión laboral? Sí No
- ¿El empleador del paciente/cónyuge/tutor ofrece seguro médico? Sí No
(De ser negativo, debe tener una carta del empleador).
- ¿Usted presenta una declaración de impuestos federal? Sí No De ser negativo, explique por qué: _____

Tenga en cuenta que:

- No le podemos garantizar que calificará para la asistencia financiera, incluso si realizó la solicitud.
- Una vez que envíe la solicitud, revisaremos toda la información y solicitaremos información adicional o un comprobante de ingresos.
- Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud y documentación, le notificaremos si califica para recibir la asistencia.

Información del paciente y el solicitante

Primer nombre del paciente: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____

Persona encargada de los pagos: _____ Parentesco con el paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Condado: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número(s) telefónico(s) de contacto principal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Situación laboral de la persona responsable de los pagos: Empleado (fecha de contratación: _____)

Desempleado Independiente Estudiante Discapacitado Jubilado Otro: _____

Información familiar

Enumere los miembros familiares de su hogar, incluyéndose a sí mismo. "Familiares" incluye a personas que viven juntas que estén emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción.

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesc o con el paciente	Si tiene 18 años o más: nombre del (de los) empleador(es) o fuente de ingreso:	Si tiene 18 años o más: monto total bruto del ingreso mensual (antes de impuestos):	¿También está solicitando asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

Todos los ingresos de los miembros adultos de la familia deben divulgarse. Las fuentes de ingreso incluyen, por ejemplo: salarios, compensación por desempleo, trabajo independiente, indemnización del empleado, indemnización por discapacidad, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), manutención de menor o cónyuge, programa de trabajo y estudios (estudiantes), pensión, reparto de la cuenta de jubilación, ingreso de la pensión alimenticia, ingresos por alquiler, ingresos por inversión, otro (explique) _____

Información sobre ingresos

RECUERDE: Debe incluir el comprobante de ingresos con su solicitud y entregarlo a Sampson Regional's Business Office ubicado en 612 Beaman St Clinton, NC; o enviarlo por correo a PO Box 260 Clinton, NC 28329.

Debe proporcionar la información de los ingresos de su familia. Es necesaria la verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera.

Ejemplos de comprobantes de ingresos incluyen:

- Una declaración de retención "W-2", 1099 o 1040.
- Si es trabajador independiente, ingreso bruto de negocio - Anexo C.
- Declaración de impuesto sobre la renta del año pasado, incluyendo los anexos si aplica.
- Copia de talonarios de pago o del comprobante de ingresos que cubra 30 días.
- Verificación por escrito de cualquier otro ingreso recibido (manutención infantil, seguro social, pensión alimenticia, compensación por desempleo, ayuda para hijos dependientes, cupones para alimentos, ingresos por discapacidad, y ayuda de un pariente/amigo, etc.)
- Verificación por escrito donde se indique que no es elegible para Medicaid. Esto no es necesario si tiene seguro médico. Si está a la espera de Medicaid, entregue su solicitud con toda la información y documentos necesarios para cumplir con el periodo de 30 días.
- Si está desempleado, explique en la sección de comentarios a continuación cómo paga actualmente sus cuentas.

Comentarios: _____

Si no posee comprobante de ingresos o no tiene ingresos, adjunte una página adicional con una explicación.

Información sobre gastos

Usamos esta información para tener una descripción más completa de su situación financiera.

Gastos mensuales del hogar:

Renta/hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas del seguro	\$ _____	Servicios públicos	\$ _____

Otras deudas/gastos \$ _____ (manutención infantil, préstamos, medicamentos, otros)

Información sobre bienes

Es posible que esta información se utilice si su ingreso está por encima del 101% de los lineamientos federales de pobreza.

Saldo actual de su cuenta corriente	\$ _____	Nombre del banco:	_____
Saldo actual de su cuenta de ahorros	\$ _____	Nombre del banco:	_____
Efectivo en mano	\$ _____		
Valor estimado de su hogar	\$ _____		
Valor estimado de su segundo hogar	\$ _____		
Valor estimado de su auto	\$ _____		
Valor estimado de su auto	\$ _____		
Valor estimado de su auto	\$ _____		

¿Su familia posee estos otros activos? Marque todas las que apliquen.

- Acciones Bonos 401k Cuenta(s) de ahorro para gastos de salud Fideicomiso(s)
 Propiedad (excluyendo la residencia principal) Posee un negocio

Información adicional

Adjunte una página adicional si existe más información sobre su actual situación financiera que le gustaría que supiéramos, tales como dificultades económicas, gastos médicos excesivos, ingresos temporales o pérdida personal.

Acuerdo del paciente

Entiendo que el Sampson Regional Medical Center y sus consultorios podrían verificar la información por medio de revisiones a la información crediticia y obtener información de otras fuentes para ayudar en la determinación de la elegibilidad para asistencia financiera o planes de pago.

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi saber y entender. Entiendo que, si la información financiera que otorgo es considerada como falsa, el resultado puede ser la negación de la asistencia financiera y es posible que sea responsable de, y se espere de mí, pagar por los servicios otorgados.

Firma del solicitante

Fecha