



Solicitud de Asistencia Financiera

Teléfono Asesor Financiero: 260.920.2618 Fax 260.920.3613

PARA SER ELEGIBLE PARA ASISTENCIA FINANCIERA, DEBE PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Primero intente obtener cobertura retroactiva a través de programas de asistencia médica gubernamentales como Medicaid o HIP (Healthy Indiana Plan).

1. Verificación de todos los ingresos de todas las personas de la familia.

- * Recibo de sueldo más reciente
- * Carda de beneficios de Seguridad Social
- *Desempleo
- *Pensión
- * Pensión alimenticia

Si usted no tiene ingresos: Usted debe informarnos con una breve carta explicando cómo provee alimentos, ropa, y vivienda para su familia. Si alguien está proporcionando estas cosas para usted, ellos deben firmar y fechar la carta. Necesitaremos la verificación de que usted esté sin empleo. Por favor proporcione una carta de rescisión de su empleador o una copia impresa del historial de trabajo de la oficina de desempleo. Si usted no está trabajando debido a su salud, por favor provea una carta de su médico.

2. Su estado de cuenta más reciente para todas las cuentas corrientes y de ahorro.

3. El formulario de impuestos federales más reciente (1040).

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre (Nombre, Segundo nombre, Apellido):

Fecha de nacimiento:

Número de Seguro Social:

Teléfono:

Teléfono alternativo:

[illegible]

Por favor, proporcione cualquier información adicional a continuación que considere ayudar en nuestro proceso de determinación:

VERIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER:

Certifico bajo pena de perjurio que toda la información proporcionada como parte de esta solicitud de Asistencia Financiera es verdadera y exacta. Entiendo que la información proporcionada en esta solicitud está sujeta a verificación por parte de DeKalb Health y por la presente autorizo a cualquier poseedor de la información suministrada en esta solicitud para divulgar dicha información a DeKalb Health para fines de esta solicitud. Además, entiendo que la ocultación de la información solicitada en esta solicitud o de la divulgación de información errónea hará que la solicitud sea rechazada. También estoy de acuerdo a solicitar asistencia estatal o federal antes de la otorgación de una Asistencia Financiera, si sea el caso. Si yo tengo derecho a cualquier acción en contra o solución de terceros pagadores, voy a tomar cualquier acción necesaria o solicitada por DeKalb Health para tomar tal acción y asignará a DeKalb Health, todas las cantidades recuperadas hasta el importe total del saldo pendiente de mi factura. Por la presente autorizo a DeKalb Health para solicitar un informe de verificación de crédito y/o verificar cualquiera de las informaciones anteriores como se considere necesario.

FIRMA REQUERIDA

Firma del solicitante:

Fecha:

Firma del cónyuge:

Fecha:

La solicitud rellena y las verificaciones se deben devolver a nuestro Asesor Financiero o por correo a:

DeKalb Health
A la atención del: Asesor Financiero
1316 East 7th Street
Auburn, IN 46706