



Carle Foundation Hospital

No. de Seguro Social del paciente

□□□-□□-□□□□

Patient Accounting

611 West Park Street, Urbana, Illinois, 61801 Teléfono: 217-326-2900 Fax: 217-344-8047

www.Carle.com

Solicitud para la asistencia por el programa Community Care Discount Program de Carle Foundation
Si necesita ayuda con este formulario, llame al 217-326-2900.

Nombre del paciente Hist. clínica No. □□□□□□□□

Nombre de la persona responsable de pagar la cuenta

Domicilio TE

Empleador

Nombre del cónyuge

Empleador del cónyuge

Nombre del seguro

No. de ID del seguro TE

Nombre(s) del (de los) banco(s)

(Marque todos los que corresponda e incluya los saldos)

Bienes:

- Cta. de cheques \$ □ Cta. de ahorro \$ □ 401k/403b \$
□ CD (Certificados de depósito) \$ □ IRA(s) \$
□ Fondos mutuos/acciones/bonos \$

Ingresos: Marque los casilleros para los ítems que corresponda y escriba las cantidades recibidas durante los últimos 12 meses.

- Su sueldo \$ , . 00
□ Sueldo de su cónyuge \$ , . 00
□ Ingresos de granja o como autónomo \$ , . 00
□ Asistencia pública \$ , . 00
□ Seguro Social /Discapacidad \$ , . 00
□ Beneficios por desempleo/indemnización laboral \$ , . 00
□ Alimentos/Manutención de hijos \$ , . 00
□ Pensiones/Anualidades \$ , . 00
□ Dividendos/Intereses/Rentas \$ , . 00
□ Ingresos de familiares o amigos \$ , . 00
□ Ingresos de otras fuentes \$ , . 00

Total de ingresos brutos de todas las fuentes durante los últimos 12 meses. \$ , . 00

(Complete y firme del otro lado)

Número de personas declaradas en su impuesto a las ganancias. \_\_\_\_\_  
Cantidad de hijos de hasta 18 años inclusive. \_\_\_\_\_

**Todos los gastos médicos pendientes de pago (enumere el (los) proveedor(es) y la(s) cantidad(es) adeudada(s))**

Proveedor	Cantidad

**Las copias de los siguientes formularios deberán ser devueltas junto con su solicitud (si corresponde):**

Formularios de declaraciones de impuestos más recientes.

Recibo(s) de sueldo más reciente(s) de todos los empleos que haya tenido en los últimos 12 meses.

Recibos de pago por seguro de desempleo, indicando la fecha de inicio y la cantidad.

Decreto de divorcio donde se indique la manutención o alimentos recibidos por hijos.

Estado(s) de cuenta bancario(s) más reciente(s).

Carta de programas públicos (Seguro Social, Administración de Veteranos o Asistencia pública) consignando la cantidad recibida.

Carta de otorgamiento de beca o subvención.

Declaraciones de familiares o amigos detallando todo tipo de ayuda financiera que le suministren.

Si no puede aportar comprobantes de su fuente de ingresos, explique los motivos de tal imposibilidad por escrito.

**Deberá entregar esta solicitud dentro de los próximos catorce (14) días. Tiene que entregar copias de los formularios del impuesto a las ganancias junto con la solicitud o enviarlas por correo a la dirección antes indicada dentro de los catorce (14) días.**

**Las solicitudes que no vengán acompañadas por las copias de los formularios del impuesto a las ganancias y sus firmas no pueden considerarse.**

**Si su situación financiera cambia por alguna razón, no dude en volver a presentar la solicitud después de pasados seis (6) meses desde la fecha de la solicitud.**

Entiendo que toda la información suministrada será verificada por Carle Foundation Hospital o sus empresas relacionadas. También entiendo que la información falsa traerá como consecuencia el rechazo de la solicitud por parte del Community Care Discount Program y que estaré en deuda por los gastos en los que se hubiera incurrido para prestarme los servicios.

**Firma del solicitante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_