

Arkansas Children's Hospital SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA



ACH ofrece un programa de asistencia financiera para pacientes que no califican para otros programas de asistencia. Si se determina que usted califica para otros programas, deberá de completar esa solicitud antes de que le aprueben la solicitud de descuento del ACH. Todos los servicios para los residentes de Arkansas que sean necesarios por razones médicas, califican para descuentos de ayuda financiera. Servicios de cirugía plástica no califican. Las personas que no son residentes de Arkansas califican solamente para servicios de emergencia. Los pacientes internacionales no califican bajo esta póliza. Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar esta solicitud, por favor llame a la oficina de admisiones al 501-364-1230 o gratis al 1-800-280-1230. Por favor, envíe por correo la solicitud y la información requerida a ACH, P.O. Box 31441, Little Rock, AR 72203.

Nombre del responsable de la cuenta
Dirección
Ciudad, Estado, Código Postal
Teléfono

MIEMBROS DE LA FAMILIA Apunte las personas que viven en la casa que son familiares inmediatos al responsable de la cuenta. (Inclúyase usted.)

Nombre y Apellidos	Numero de Seguridad Social	Patrón/Compañía	Teléfono del trabajo	Persona que tenga facturas pendientes en ACH?	Edad	Parentesco con el responsable de la cuenta	Anote todos los seguros médicos, Medicaid u otras coberturas	¿Es residente de Arkansas?	¿Es ciudadano de Estados Unidos? Si no, adjunte copia de tarjeta de residencia
				Si No				Si No	Si No
				Si No				Si No	Si No
				Si No				Si No	Si No
				Si No				Si No	Si No
				Si No				Si No	Si No
				Si No				Si No	Si No
				Si No				Si No	Si No
				Si No				Si No	Si No
				Si No				Si No	Si No
				Si No				Si No	Si No

INGRESOS DE LA FAMILIA Apunte las personas que viven en casa que son familiares inmediatos al responsable de la cuenta. (Inclúyase usted.)

Ingresos Totales de los Tres Últimos Meses (Comprobante de Ingresos)	El Cabeza de Familia	Otro contribuyente de ingresos	Otro contribuyente de ingresos
Nombre y apellidos			
Total de ingresos en bruto			
Propinas			
Agricultura o trabajo por cuenta propia			
Seguro Social, SSI, u otra incapacidad			
VA, jubilación, desempleo, y compensación al trabajador			
Ingresos por dividendos, interés, renta, etc.			
Asistencia pública			
Manutención mensual de niño o esposa			
Contribuciones			
Otros			
Número de los meses que ha trabajado durante el periodo reportado			
Declaración de Impuestos del año pasado (se requiere copia de la Declaración de Impuestos)			
¿Hizo declaración de impuestos el año pasado?	Si No	Si No	Si No
Ingresos en bruto en la línea de ingresos totales en su declaración			
Número de meses trabajados el pasado año fiscal			
Número de meses trabajados en el presente año			
Si trabaja por su cuenta, depreciación reclamada en la Declaración de Impuestos			

Por favor anote todos los ingresos y recursos económicos en el espacio provisto. Se requiere verificación de ingresos para cualquier descuento. Verificación de ingresos puede ser: copia de los impuestos, resguardos de cheques, carta del patrón acerca de los ingresos del empleado, declaración de SSI, cuentas de negocios, etc.

RECURSOS FAMILIARES

Tipo	Titular(es)	Promedio inicial del saldo de los últimos 3 meses.
Cuenta de Ahorros		
Cuenta corriente de cheques		
Club de Navidad o Credit Union		
Dinero en efectivo		
Acciones, bonos, y otras cuentas de inversiones		

FIRMA(S) (la firma es necesaria) _____ Fecha _____

Certifico que toda esta información es verdadera y precisa a mi buen juicio. Entiendo que esta solicitud se hace para que el hospital pueda determinar si califico para asistencia financiera. Si parte de la información que yo haya dado demuestra ser inexacta o incompleta, entiendo que el hospital puede volver a cargarme la cuenta con cualquier saldo descontado por error. Mi/nuestra firma (s) en esta solicitud otorga permiso para verificar la información en este formulario incluyendo permiso de ponerse en contacto con mi patrón y verificar mi o nuestro historial de crédito.

Firma del responsable de la cuenta _____

Firma de otro contribuyente _____

Firma de otro contribuyente _____

Por favor mantenga copia de esta solicitud y verificación de ingresos para sus archivos. La información que usted presente no le será devuelta.