



SPARTANBURG
Regional Healthcare System

SMC SHRC PMC UMC

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA AL PACIENTE

Número de cuenta:

Número de expediente médico:

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Fecha de nacimiento / /	No. de Seguro Social ____-____-____
Garante (si difiere)		Fecha de nacimiento / /	No. de Seguro Social ____-____-____
Dirección Condado	Ciudad	Estado/Código Postal	Teléfono (____)____-____

¿Está empleado(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ciudadano de EE.UU.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió "No", mencione la última fecha de empleo: _____			

Información sobre los miembros y los ingresos del hogar

*****Mencione a TODOS los miembros del hogar*****

También mencione TODAS las fuentes de ingresos del hogar incluyendo, pero no limitado a: Empleos, Estampillas/Cupones para alimentos, Seguridad Social, SSI para niños, Desempleo, Indemnización, Pensión Alimenticia, Ayuda para Niños, Asignaciones Militares, Pensiones, Ingresos por renta de propiedades, etc.

Proporcione una copia de sus declaraciones de impuestos. No proporcionarlos resultará en la denegación de la solicitud

(Si a usted se le reclama en la declaración de impuestos de alguien más, proporcione la información a continuación y una copia de las declaraciones de impuestos).

LA FALTA DE INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS RESULTARÁ AUTOMÁTICAMENTE EN LA DENEGACIÓN DE LA SOLICITUD

Nombre del afiliado del hogar	Relación	Fecha de nacimiento	Tipo de ingreso (de la lista anterior...)	Ingreso bruto mensual	¿Se reclama a alguna persona en la Declaración de Impuestos del hogar? Sí o No

¿Tiene un negocio? Si la respuesta es "Sí", tendrá que presentar una copia de su declaración de impuestos personal y del negocio para el año de declaración más reciente. Sí No (incluir copias de Listado C y/o K)

Información de vivienda/Bienes Inmuebles/Otras propiedades

Propios:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pago de hipoteca:	\$ _____
Renta:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Renta mensual:	\$ _____

Al firmar, certifico que la información dada en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender; y por este medio autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para determinar mi elegibilidad para el Programa de Ayuda Financiera al Paciente de SRHS. Entiendo que esta solicitud solamente cubre los servicios que proporciona el Spartanburg Regional Healthcare System. Esto no incluye servicios proporcionados por otros que hayan podido ayudarme con mi atención. Si se aprueba esta solicitud y se determina que hay una fuente de pago para mis servicios, la caridad del hospital cubrirá únicamente el saldo restante después que la fuente de pago realice el pago.

Firma del solicitante:	Fecha:	Hora:
------------------------	--------	-------

Será responsabilidad del paciente para dar seguimiento al estatus de su aplicación para ayuda financiera.

Para ser considerado(a) para la ayuda financiera de SRHS, llene todas las secciones de esta solicitud y envíela por correo a:

SRHS Patient Financial Aid Program (Programa de Ayuda Financiera al Paciente de SRHS)
Patient Financial Services
101 East Wood Street
Spartanburg, SC 29303

Si necesita ayuda, comuníquese con Atención al Cliente llamando al 864-560-4123