

Estado Financiero de Paciente

Fecha:

Estimado:

Está recibiendo esta letra y el Estado Financiero de Paciente porque usted ha pedido asistencia relacionado con sus servicios recibidos en Hospital de Howard Memorial. En orden para evaluar su situación financiera con precisión y disponer posibilidad de asistencia, la información que sigue es necesaria:

1. Complete y firme las hojas adjunto del **Estado Financiero de Paciente**
2. Adjunte una **copia** de su **Declaración de Impuestos Federales** más reciente. Incluya todos los horarios y páginas. Si usted no presenta una declaración de impuestos, por favor explique por qué. Si necesita una copia de su declaración de impuestos, puede llamar al Servicio de Impuestos Internos al 1-800-829-1040.
3. Adjunte una **copia** de los últimos (3) meses **talones de sueldo** para todos los miembros de su familia.
4. Adjunte una **copia** del más reciente estado de **cuenta bancario** para todas las cuentas.

Si estos documentos no están disponibles, por favor explique por qué en la sección de la ficha financiera del Paciente prevista documentación.

Para el Estado Financiero del Paciente, los miembros del hogar se definen como sigue:

- Si el paciente es un adulto incluye al paciente, cónyuge del paciente y sus dependientes.
- Si el paciente es menor de edad, incluya al paciente, el padre del paciente, dependientes del padre, la madre del paciente y dependientes de la madre.
- "Dependientes " se define de acuerdo con las pautas del IRS.

Para los Estados Financieros del Paciente, el ingreso representa los ingresos en efectivo antes de impuestos e incluye pero no se limita a, salarios, sueldos, propinas; intereses; dividendos; reembolsos tributables, créditos o compensaciones de los impuestos estatales y locales; pensión alimenticia que recibió; rentas de la empresa/pérdida; plusvalías/pérdidas; Distribuciones de IRA, pensiones y rentas vitalicias; ingresos de alquiler de bienes inmuebles, las regalías, asociación, corporación S y fideicomisos; los ingresos agrícolas/pérdida, la compensación de desempleo; prestaciones de seguridad social, beneficios VA, la compensación del trabajador, y la discapacidad.

La parte responsable y su cónyuge (si procede) deben firmar el formulario del estado financiero del paciente con el fin de considerarla completa. Al recibir su estado financiero del paciente completado y apoyo documentación, vamos a revisar la información y hacer una determinación en cuanto de la elegibilidad para asistencia. Si decide no completar la ficha financiera o no proporcionar la documentación requerida, vamos a continuar con los procesos normales de colección.

Por favor devuelva toda la información dentro de treinta (30) días para ser considerado para la asistencia y permite treinta (30) días para el proceso de revisión. Se le notificará de la determinación por carta. Si tienes alguna pregunta, preocupaciones o necesita ayuda para completar las formas, por favor no dude en ponerse en contacto con Amanda Manlove nuestra Enlace de Paciente al, 870-845-8018 o al correo electrónico amandakm@howardmemorial.com Gracias por tomarse su tiempo para completar esta solicitud de información. Por favor devuelva las formas de **Estado Financiero de Paciente** y documentación completas:

**HOWARD MEMORIAL HOSPITAL
ESTADO FINANCIERO DEL PACIENTE**

Garante/Nombre de Responsable (nombre legal completo)	
Nombre del paciente (si no es parte responsable)	Número de Cuenta del Paciente
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	Número(s) de teléfono
Nombre de cónyuge	Número(s)de Teléfono de cónyuge

Información del empleador

<input type="checkbox"/> Garante <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Garante <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge
Nombre de empleador:	Nombre de empleador:
Dirección:	Dirección:
Numero:	Numero:
Puesto de Trabajo:	Puesto de Trabajo:
Lenth del Empleo Años - _____ Meses -	Lenth del Empleo Años - _____ Meses -

Miembros de Hogar: Por favor refiérase a la carta para determinar miembro de hogar

Nombre	Fecha De Nacimiento	Relación con usted

--	--	--

Ingresos: Por favor refiérase a la carta para determinar los ingresos.

Origen de Ingresos:	Miembros de Hogar	Cantidad recibida:	Semanal = S Quincenal = Q Mensual = M Anualmente = A

Bancaria e Inversión: Incluya todas las cuentas bancarias, cuentas de ahorro, cuentas de jubilación (IRA, Fondo de Pensiones, 401k, 403b, etc.), el mercado de dinero, fondos de inversión, etc.

Bancos/Inversiones:	Cantidad:	Comentarios:

Otros Activos: Incluya propiedad real o personal CON LA EXCEPCIÓN de la casa de paciente y vehículos personales. Ejemplos de activos que incluyen son propiedad de alquiler, terrenos baldíos, la superficie agrícola, propiedad de la empresa, propiedad de vacaciones, barcos, auto caravanas, vehículos todos terrenos, etc.

Propiedad:	Valor estimado:	Cantidad adeudada en propiedad:	Valor neto:

Por favor, explique por qué usted está solicitando ayuda financiera. Si no son capaces de proporcionar solicitado documentación por favor explique por qué.

(continuación de la página 3)

Si su ingreso/estilo de vida ha cambiado, por favor explicar y proporcionar la documentación; es decir, la pérdida del trabajo, muerte de un la familia, el divorcio, cuentas médicas extraordinarias u otro gasto, etc.

Este estado financiero del paciente debe ser firmado y fechado por todas las partes pertinentes con el fin de procesar su solicitud.

Declaro que la información proporcionada es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Howard Memorial Hospital de queda autorizado para obtener un informe de crédito en relación con el número de seguro social, que yo, como deudor y firmante de esta forma, certifica ser mi número de seguro social legalmente asignado e individual.

Firma del paciente o responsable

Número de Seguro Social

Fecha

Declaro que la información proporcionada es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Howard Memorial Hospital de queda autorizado para obtener un informe de crédito en relación con el número de seguro social, que yo, como deudor y firmante de esta forma, certifica ser mi número de seguro social legalmente asignado e individual.

Firma del paciente o responsable

Número de Seguro Social

Fecha