

INFORMACIÓN DE INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir la verificación de ingresos en su solicitud.

Situación laboral de la persona responsable del pago de la factura:

- Empleado (fecha de contratación: _____) Desempleado (cuánto tiempo desempleado: _____)
 Trabajador Independiente Estudiante Discapacitado Jubilado Otro

La verificación de los ingresos es necesaria para determinar la ayuda financiera. Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben revelar sus ingresos. Por favor entregue el comprobante de cada fuente identificada de ingresos.

Ejemplos de fuente de ingresos incluyen:

Salarios - Desempleo - Trabajador Independiente - Compensación del Trabajador - Discapacidad - SSI - Manutención de Niños/Conyugal -

Programas de Estudio de Trabajos (estudiantes) – Pensión – Distribuciones de Cuentas de Jubilación - Otro (*por favor explique _____*)

Ejemplos de comprobante de ingresos incluye (St. Charles NO acepta estados de cuenta bancaria como comprobante de ingresos):

- Una declaración de retención "W-2"; o
- Talones de pago actuales (*3 meses*); o
- Declaración de impuestos del año pasado, incluyendo los formularios, si corresponde; o
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otros; o
- Aprobación/denegación de calificación para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación/denegación de calificación para la compensación por desempleo.
- Si no tiene una verificación de ingresos o no tiene ningún ingreso, adjunte una página adicional con una explicación.

INFORMACIÓN DE BIENES

Esta sección es **opcional** y se puede usar para determinar la elegibilidad para programas especializados como la cobertura catastrófica

Saldo actual de la cuenta de cheques
\$ _____
Saldo actual de la cuenta de ahorros
\$ _____

¿Su familia tiene estos otros bienes?

Por favor marque todos los que corresponden

- Acciones Bonos 401K Cuenta(s) de ahorros para la salud
 Fideicomiso(s) Propiedad (excluida la residencia principal) Tiene un negocio

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte otra página si hay otra información sobre su situación financiera actual que le gustaría compartir con nosotros, como por ejemplo: sus dificultades financieras, sus gastos médicos excesivos, sus ingresos temporales u ocasionales o pérdidas personales.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que St. Charles Health System puede verificar la información revisando mi información de crédito y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar si califican para la ayuda financiera o para un plan de pagos. Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que, si se determina que la información financiera que entrego es falsa, el resultado puede ser la denegación de la ayuda financiera y yo podría ser responsable de pagar por los servicios prestados.

Firma de la Persona que Solicita Ayuda Financiera

Fecha