



INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE ATENCIÓN NO COMPENSADA

- A. Llene la solicitud completamente. La aplicación será condicionalmente denegada, hasta que se reciba la información completa. Tenga en cuenta que debemos tener verificación de ingresos de todas las fuentes incluidas en la aplicación y para todos los miembros de la familia que se muestra como dependientes.
- B. Verificación de ingresos consiste en lo siguiente:
- 1) Persona empleado: consistirá en la verificación de una copia de la declaración de impuestos del año pasado, copias de nóminas verificar recibos o certificado de ingresos de su empleador durante los últimos 3 meses. Los últimos 12 meses pueden ser útiles. Una declaración financiera personal está incluida y también deberá ser llenada para todos los miembros familiares demostrados como dependientes.
 - 2) Los agricultores y las personas trabajadoras por cuenta propia: verificación consistirá en una copia de la declaración de impuestos del año pasado. (Pérdidas de ejercicios anteriores no son aplicables a la calificación.) Una declaración financiera personal está incluida y también deberá ser llenada para todos los miembros familiares demostrados como dependientes.
 - 3) Desempleados y las personas discapacitadas: consistirá en la verificación de prueba de ingresos procedentes del empleo pasado si desempleados menos de 12 meses, prueba de ingresos de compensación por desempleo; personas con discapacidad, comprobante de ingresos del Seguro Social o cualquier otro tipo de ingresos de la discapacidad; y prueba de ingresos procedentes del empleo pasado si menos de 12 meses. Una declaración financiera personal está incluida y también deberá ser llenada para todos los miembros familiares demostrados como dependientes.

4) Estudiantes: consistirá en la verificación del comprobante de ingresos de becas de estudiante o estipendios y comprobante de ingresos de cualquier empleo, esposo o esposa, estudiante, incluido el empleo de verano. Una declaración financiera personal está incluida y también deberá ser llenada para todos los miembros familiares demostrados como dependientes.

C. Si tienes dudas o preguntas acerca de las instrucciones anteriores, póngase en contacto con Martha Nelson (402-887-4151, extensión 282) en el Antelope Memorial Hospital. Si la información recibida es incompleta, se devolverá la solicitud para solicitar la información adicional.

FAVOR DE DEVOLVER ÉSTE DENTRO DE 10 DÍAS

Solicitud de determinación de derecho a percibir
Servicios sin compensación

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE SERVICIO: _____

Por la presente solicito que Antílope Memorial Hospital hacer una determinación escrita de mi elegibilidad para el cuidado no compensado en el Hospital Memorial de antílope. Entiendo que la información de envío con respecto a mi tamaño anual de ingresos y familia está sujeto a escrito verificación por Antílope Memorial Hospital. Por este medio autorizo e instruir a cualquier persona, agencia, empleador o cualquier consumidor o crédito Agencia informadora para equipar Antílope Memorial Hospital con cualquier información en respuesta a sus preguntas financieras. También entiendo que si la información que presento se determina como falsa, dicha determinación resultará en una negación de servicios sin compensación y seré responsable por todos los servicios.

Fecha: _____ Persona que hace solicitud: _____

1. nombre: _____ Nombre del cónyuge: _____

2. dirección: _____ Dirección: _____

3. ciudad: _____ Ciudad: _____

4. estado: _____ Código postal: _____ Estado: _____ Código postal: _____

5. ocupación: _____ Ocupación: _____

6. empleador: _____ Empleador: _____

7. dirección: _____ Dirección: _____

8. tamaño de la familia:

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Relación</u>	<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Relación</u>
_____			_____		
_____			_____		
_____			_____		
_____			_____		

9. tipo de seguro de salud: _____

10. ingresos: (lista de todos los ingresos familiares)	<u>total para los últimos 3 meses</u>	<u>total para los últimos 12 meses</u>
salarios...	\$ _____	\$ _____
salarios...	\$ _____	\$ _____
salarios...	\$ _____	\$ _____
granja o autoempleo...	\$ _____	\$ _____
asistencia pública...	\$ _____	\$ _____
Compensación por desempleo...	\$ _____	\$ _____
Compensación al trabajador...	\$ _____	\$ _____
pensión alimenticia...	\$ _____	\$ _____
manutención de los hijos...	\$ _____	\$ _____
pensiones...	\$ _____	\$ _____
asignación militar...	\$ _____	\$ _____
Universidad otorga (no créditos)...	\$ _____	\$ _____
ingresos de dividendos/intereses	\$ _____	\$ _____
ingresos de alquiler...	\$ _____	\$ _____
otros...	\$ _____	\$ _____
otros...	\$ _____	\$ _____
	total \$ _____	\$ _____

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta según mi conocimiento. Además, los abajo firmantes autorizan Antelope Memorial Hospital/AMH familia práctica en contacto con cualquiera agencia o cualesquiera otras referencias de crédito con el fin de obtener un informe de crédito al consumo para la solvencia de la evaluación en relación con esta solicitud de informes de crédito.

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha de recibido: _____ Firma: _____