



Nombre del garante	Número de seguro social del garante	Fecha de nacimiento del garante	Número del garante
Nombre(s) del paciente	Número de teléfono del garante	Número de cuenta del paciente	

Usted puede ser elegible para nuestro PROGRAMA MANOS DE AYUDA si usted no puede pagar su cuenta en su totalidad. Por favor llene el siguiente application y envía la información requerida en los próximos 10 días. Evaluaremos su necesidad económica para ver si califica para la ayuda parcial o total. Usted debe proporcionar información para el paciente / Garante y Cónyuge si es aplicable.

Nombre de la persona que solicita ayuda: _____
 Número de miembros en la familia que han solicitado declaración de impuestos: _____

INGRESO MENSUAL:

Sueldos/Salarios:
 Paciente: \$ _____
 Cónyuge: \$ _____
 Ingresos de alquiler: \$ _____
 Ingresos por discapacidad: \$ _____
 Ingresos Seguro Social: \$ _____
 Ingresos Desempleo: \$ _____
 Ingresos Totales: \$ _____

BIENES:

Dinero en Efectivo: \$ _____
 Cuentas Bancarias: \$ _____
 Ahorros: \$ _____
 Cuenta de Cheques: \$ _____
 Fiduciario: \$ _____
 Cooperative de Crédito: \$ _____
 Los Ingresos que Producen las propiedades: \$ _____
 Acciones/Bonos: \$ _____
 Otro: \$ _____
 Total de Los Bienes: \$ _____

Por favor envíe copias de los siguientes elementos:

Nota: La aplicación no puede ser procesada sin el siguiente si es aplicable:

- Declaración de impuestos federales más reciente con los horarios de apoyo y W-2. La declaración de impuestos debe estar firmada.
- Talones de pago actuales de los últimos 30 días.
- Estado de cuenta más reciente de todas las cuentas bancarias. Incluya todas las páginas.
- Prueba de los bienes mencionados anteriormente
- Si trabaja por cuenta propia, declaración de ganancias / pérdidas de negocio trimestral más reciente.
- Comprobante de ingresos no salariales (es decir, el desempleo, la manutención de los hijos, pensión alimenticia, fiduciario, pensión, los intereses)
- Si no está empleado, una carta de apoyo firmada por la persona que muestra el apoyo a usted.
- Carta de adjudicación de los Cupones para Alimentos
- Si usted solicitó ayuda del gobierno o del estado, la prueba de la aprobación o negación.
- Prueba de separación

Community Healthcare System puede utilizar todos o una parte de los documentos anteriores para aprobar la elegibilidad para la atención de caridad.

CERTIFICO QUE:

- La información contenida en la solicitud es una declaración exacta y completa de mi situación financiera.
- Yo he declarado todos los bienes y fuentes de ingresos a lo solicitado.
- Autorizo Sistema de Salud de Community para comprobar el historial de crédito, la situación laboral y hacer todas las preguntas que considere necesarias para completar el proceso de solicitud de ayuda financiera.
- Entiendo que la información falsa o incompleta es la causa del rechazo.

Firma del paciente/personal responsable: _____ Fecha: _____

Por favor envíe la información dentro de los 10 días.

Por Fax: 219-934-8986

O Correo: Aplicación de Cuentas de Pacientes del PROGRAMA MANOS DE AYUDA
 PO Box 3604

Munster, IN 46321

Sitio We: Visite el sitio web de www.comhs.org y vaya a "Contacto" para cargar sus documentos electronicamente