

Yuma Regional Medical Center Financial Assistance Application Solicitud de Asistencia Financiera - Yuma Regional Medical Center

Para solicitar asistencia financiera:

Nº Empresa _____

1. Complete esta solicitud

Nº cuenta _____

2. Adjunte copias de sus ingresos durante los últimos 30 días
salvo que se especifique otra cosa.

3. Presente las copias en la oficina de Servicios Financieros de Paciente en Yuma Regional Corporate Center.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de paciente Apellido Primer nombre Seguro Médico Número de seguridad social Fecha de nacimiento

Estado civil Nombre del cónyuge Apellido Primer nombre Seguro Médico Nº de teléfono Particular/Laboral

Persona responsable de pagar la cuenta Relación con el paciente Nº de teléfono Particular/Laboral

Dirección del paciente Calle Nº de Departamento Ciudad Estado Código Postal Fecha de los servicios hospitalarios

Miembros de la familia	Edad/Sexo	Relación con el paciente	Fuente de ingreso o Empleador	Lugar de nacimiento
1.				
2.				
3.				
4.				

Si hay más de 4 personas en la familia, enumérelas en la sección titulada Situación apremiante.

INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR

	PERSONA 1	PERSONA 2	PERSONA 3
NOMBRE:	_____	_____	_____
Ingreso bruto mensual (adjunte comprobante)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Desempleo, de ser así, por cuánto tiempo _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Seguro Social/Pensiones	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia/manutención de hijos	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ayuda del gobierno, estampillas para alimentos	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otras fuentes de ingreso	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Saldo de la cuenta corriente	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Saldo de la cuenta de ahorro	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Acciones, bonos, Cuentas de retiro individuales, inversiones	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otros activos	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Si usted informó arriba un ingreso de \$0,00; por favor, haga completar en la parte de atrás de este formulario la Declaración de Apoyo a la(s) persona(s) que lo ayuda(n) a satisfacer sus necesidades y/o las de su familia.

VEHÍCULO

	VEHÍCULO1	VEHÍCULO2	VEHÍCULO3
Marca/Año	_____	_____	_____
Pago mensual	_____	_____	_____
Valor	_____	_____	_____

GASTOS/FACTURAS MENSUALES

Renta \$ _____ Hipoteca \$ _____ Saldo de Hipoteca \$ _____ Valor \$ _____

Electricidad, Agua, Gas \$ _____ Seguro Médico \$ _____

Atención infantil \$ _____ Facturas de atención médica \$ _____

Pensión alimenticia/Manutención de hijos \$ _____ Medicamentos \$ _____

(Nombre del niño) _____

COMENTARIOS ACERCA DE SITUACIÓN APREMIANTE (agregue otra hoja si es necesario)

DECLARACIÓN DE APOYO

Para los solicitantes que declararon un ingreso cero, la(s) persona(s) que le brinda(n) apoyo financiero básico debe(n) explicar brevemente la forma en la que le están dando apoyo financiero. Enumere los servicios, si los hubiera, que usted está recibiendo del paciente a cambio del apoyo que le brinda.

Por el presente certifico y verifico que toda la información brindada es verdadera y correcta de acuerdo a mi saber y entender. Entiendo que mi firma no me obliga a hacerme financieramente responsable por los cargos de la persona a la cual brindo apoyo financiero básico.

Firma de la persona que brinda apoyo financiero al solicitante _____

Dirección _____
Calle Nº de Departamento Ciudad Estado Código postal

Toda la información brindada en esta solicitud de Asistencia Financiera es verdadera y precisa de acuerdo a mi mejor entender. Si se determina que alguno de los datos brindados es falso, entiendo que quedaré descalificado para recibir la Asistencia Financiera de Yuma Regional Medical Center en forma inmediata.

Firma de Padre/ Madre/Persona responsable

Fecha en la que se completó

Firma del representante del hospital

Fecha en la que se completó/revisó

Sólo para uso de MedAssist:

- ¿Está interesado en solicitar AHCCCS? _____
- ¿Usted puede acercarse a la oficina para una entrevista? _____ ¿Necesita que le proporcionemos transporte? _____
- ¿Posee algún otro seguro médico? _____
- ¿Está embarazada? _____ Fecha probable de parto _____ ¿Embarazo simple? _____
- ¿Alguien de la familia tiene una enfermedad crónica? _____
- ¿Todas las personas de la familia tienen sus vacunas al día? _____
- ¿Posee, alquila o mantiene un hogar fuera de Arizona? _____

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con nosotros al (928) 336-7030 ó al 1-800-726-9264 (sólo fuera del área de Yuma).

Dirección física de Yuma Regional Corporate Center: 399 West 32nd Street • Yuma, Arizona 85364

Dirección postal: 2400 South Avenue A • Yuma, Arizona 85364