

**UMASS MEMORIAL HEALTH
FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAM APPLICATION
SOLICITUD PARA EL PROGRAMA
DE AYUDA FINANCIERA**

Página 1 de 2

UMass Memorial Health UMass Memorial Medical Group - Ubicación: _____

1. Información del paciente

Escriba en letra de molde el nombre completo, dirección e información de contacto de la persona que solicita la asistencia.

Nombre: _____
Apellido
Primer Nombre
Inicial del segundo nombre

Dirección: _____ Ciudad: _____ Condado: _____
Número y calle

Estado: _____ Código postal: _____ NSS: ____ / ____ / ____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Teléfono de casa: (____) _____ Otro teléfono: (____) _____

2. Miembros de la familia

Enumere a todos los miembros de la familia de su grupo familiar.

Proporcione la siguiente información de todas las personas que integran su familia inmediata y que viven en su casa. La familia se define como el paciente, el cónyuge del paciente y todos los hijos del paciente menores de 18 años (naturales o adoptivos) que viven en la casa del paciente. Si el paciente es menor de 18 años, la familia debe incluir al paciente, padres naturales o adoptivos del paciente y los hijos de sus padres menores de 18 años (naturales o adoptivos) que viven en la casa del paciente.

Nombre de los miembros de familia	Fecha de nacimiento	Relación	Número de seguro social (SSN)
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____

3. Salarios

Proporcione documentación de todos los salarios indicados.

Miembro de la familia	Cantidad	¿Con qué frecuencia lo recibe?
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

4. Otros ingresos

Proporcione documentación de todos los ingresos indicados.

Tipo de ingresos	Miembro de familia que recibe el beneficio	Cantidad	¿Con qué frecuencia lo recibe? (encierra en círculo)
Seguro social		\$	Cada semana, mes o año
Desempleo		\$	Cada semana, mes o año
Pensión		\$	Cada semana, mes o año
Fondos por incapacidad		\$	Cada semana, mes o año
Beneficios de veterano		\$	Cada semana, mes o año
Manutención infantil		\$	Cada semana, mes o año
Pensión alimenticia		\$	Cada semana, mes o año
Compensación al trabajador		\$	Cada semana, mes o año
Ingresos netos por alquiler		\$	Cada semana, mes o año
Ingresos de empleo por cuenta propia		\$	Cada semana, mes o año
Ingresos por fideicomiso		\$	Cada semana, mes o año
Otro		\$	Cada semana, mes o año

5. Comentarios/Declaración jurada de apoyo económico

Utilice esta sección para proporcionar información adicional o su declaración jurada de apoyo económico.

Si informó un ingreso de \$0, proporcione una breve explicación de cómo usted (o el paciente) pagan sus necesidades básicas:

6. Información sobre el seguro médico

Proporcione información sobre la cobertura del seguro de salud.

¿Tenía seguro médico cuando recibió su servicio? No Sí

Si su respuesta es sí, proporcione información de su seguro y una copia de su tarjeta del seguro:

Nombre de la aseguradora	N.º de identificación	Nombre del suscriptor	Fecha de vigencia
--------------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------

Al firmar a continuación, certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud y en los adjuntos es verdadero y correcto hasta donde tengo conocimiento.

Acepto proporcionar documentación adicional cuando me la soliciten para determinar mi elegibilidad.
 Sé que la falsificación de cualquier información puede provocar la denegación de la asistencia financiera.

Acepto indicar al hospital sobre cualquier cambio en mis ingresos, tamaño de familia, cobertura del seguro médico u otra información que pueda cambiar mi elegibilidad para recibir la asistencia financiera.

 Firma del solicitante/responsable

 Nombre en letra de molde

 Fecha

 Hora

 Firma del representante autorizado

 Nombre en letra de molde

 Fecha

 Hora