

**Por favor adjunte a su solicitud:**

- Formulario 1040 del IRS más reciente
- Talones de cheque de los últimos 3 meses de todos los miembros del hogar que trabajan
- Copia de la adjudicación de cupones de alimentos
- Los 3 últimos estados de cuenta bancarios y estados de bolsa
- Carta de apoyo
- Prueba de residencia

Account #	
Date(s) of Service	

El propósito de este formulario es proporcionar al Departamento de asesoramiento financiero (*Financial Counseling Department*) con la información necesaria para determinar la elegibilidad del paciente para recibir ayuda financiera con las cuenta(s) de CH. Para garantizar una evaluación completa y rigurosa, por favor llene este formulario en su totalidad.

**Datos demográficos del paciente**

Nombre completo del paciente (Apellido, primer y segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Estado civil
Dirección física	Ciudad, estado y código postal		Condado
Dirección postal (si es diferente a la anterior)			
Número de teléfono de casa	Número de celular	Estado de ciudadanía	Vive en EE.UU. desde

**Demografía del fiador**

Nombre completo del fiador (Apellido, primer y segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Estado civil
Dirección física	Ciudad, estado y código postal		Condado
Dirección postal (si es diferente a la anterior)			
Número de teléfono de casa	Número de celular	Estado de ciudadanía	Vive en EE.UU desde

**Por favor anote todos los miembros del hogar a continuación (Aparte del paciente/fiador anotado anteriormente)**

Nombre	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Relación con el paciente	Dependiente? Sí/No

**Empleo/Ingresos**

Empleo/Ingresos	Paciente (madre, si el paciente es menor de edad)	Cónyuge (padre, si el paciente es menor de edad)
Empresa		
Fechas de empleo		
Actualmente desempleado (marque la cajita si es afirmativo)	<input type="checkbox"/> Actualmente desempleado	<input type="checkbox"/> Actualmente desempleado
Cantidad de ingresos mensuales brutos		
Fuente de ingresos (Por favor adjunte la verificación o la explicación)		
Si no tiene ingresos, ¿cómo se mantiene a sí mismo?		
¿Tiene una cuenta bancaria activa?		

Si ha quedado desempleado en los últimos 90 días, por favor proporcione:  
 Nombre del último empleador, fechas de empleo, compañía de seguro médico durante ese empleo. ¿Usted es elegible para los beneficios de COBRA?

**Información del seguro médico**

¿Su empresa actual ofrece seguro médico?	Sí	No
¿Usted tiene seguro médico?	Sí	No
Nombre de la compañía de seguros		

**Reconocimiento y firmas**

Por la presente certifico que la información proporcionada en este estado financiero del paciente es verdadera, exacta y completa a lo mejor de mi conocimiento. Por la presente autorizo al hospital para que se ponga en contacto con cualquier persona, empresa u organización para verificar la información dada y por la presente autorizo a cualquier persona, empresa u organización para revelar al hospital toda la información financiera que éste pueda requerir.

Firma	Relación con el paciente	Fecha
Firma del testigo	Relación con el paciente	Fecha

**Envíe la solicitud completa a:**  
**Cone Health Business office Attention: Customer Service**  
**1200 N. Elm, Greensboro, NC 27401**



DOCUMENTOS REQUERIDOS:

COMPROBANTE DE DOMICILIO: POR FAVOR, PROPORCIONE UNO DE LOS SIGUIENTES

- Licencia de conducir/Identificación con foto o pasaporte (no caducado). No se aceptan identificaciones temporales.
- Contrato de arrendamiento actual
- Facturas de servicios con el nombre del paciente y/o cónyuge; ejemplo: de luz, agua, teléfono o gas.
- Carta del IRC/*Interactive Resource Center* (407 E. Washington Street, Greensboro, NC 27401; (336-332-0824) indicando que no tiene un hogar.

PRUEBA DE INGRESOS: TODO LO QUE CORRESPONDA

- Los 3 talones de pagos más recientes del paciente y el cónyuge
- Presentación de la declaración de impuestos completa del año anterior, incluyendo todos los anexos y planillas/formularios aplicables
- Carta del IRS de que no presentó declaración de impuestos (4905 Kroger Blvd, Greensboro 844-545-5640), si usted no presentó el formulario de declaración de impuestos del año anterior.
- Carta de adjudicación de incapacidad
- Si es estudiante de universidad – proporcione una carta (que incluya dinero recibido, costo de matrícula y libros)
- Carta de apoyo notariada si no hay ingresos
  - Por favor incluya: el nombre de la persona que proporciona el apoyo y cómo están ayudando. Esto incluye la dirección actual, el teléfono de contacto durante el día y su firma.
- Carta de adjudicación para cupones de alimentos
- Carta de beneficios del seguro social

PRUEBA DE BIENES: TODO LO QUE CORRESPONDA

- Estados de cuentas de cheques y de ahorros completos de los últimos 90 días (esto incluye todas las cuentas bancarias a nombre del paciente y/o su cónyuge)
- Póliza de seguro de vida permanente que muestre el valor en efectivo
- Estados de cuenta de la pensión, estados de cuenta del 401K con el valor actual