

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 / imagen DNI o pasaporte (no caducado). No aceptan identificaciones temporales.
- Concesión actual
- Factura de utilidad con el nombre del paciente o cónyuges en él - ejemplos: luz, agua o factura de gas.
- Si usted vive con alguien: carta notariada de residencia y factura actual de esa persona.
- Carta de IRC (407 E. Washington Street, Greensboro, NC 27401 (336-332-0824) indicando sin hogar en el Condado de Guilford

PRUEBA DE INGRESOS: TODO LO QUE CORRESPONDA

- Últimos 3 recibos de sueldo para cada miembro de trabajo de la casa.
- Completa de impuestos del año anterior de presentación incluyendo todos los anexos y listas
- No presentar carta de estado del IRS si usted no presentó el impuesto sobre la renta del edificio (4905 Kroger Blvd, Greensboro) forma el año anterior.
- Carta de adjudicación de la discapacidad
- Si la Universidad estudiante - proporcionar carta (impresión hacia fuera el dinero recibido, costo de matrícula y libros).
- Carta notariada de apoyo si no hay ingresos.
 - Favor de incluir: nombre de la persona ayudando a candidatos, cómo están ayudando. Ellas, actual dirección, teléfono de contacto durante el día y su firma. La carta debe indicar que proporciona que albergan, por cuánto tiempo, comida, dinero, etc..

PRUEBA DE ACTIVOS: TODAS LAS QUE APLIQUEN

- Últimos 90 días de completa cheques y Estados de cuentas de ahorro (esto incluye todas las cuentas bancarias con nombre del paciente)
- Política de seguro de vida entera mostrando valor en efectivo
- Declaraciones de la IRA de Pensión, 401 k, mostrando el valor actual