



Solicitud de ayuda financiera

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 #	
Datels) 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		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)		☐ Actualmente desempleado		☐ 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 vencido). No se aceptan las tarjetas de identificación temporales.
- Contrato de arrendamiento actual
- Factura de servicios públicos con el nombre del paciente y/o su cónyuge; por ejemplo: electricidad, agua, teléfono o gas
- Una carta del IRC (Interactive Resource Center, 407 E. Washington Street, Greensboro, NC 27401, 336-332-0824) declarando que usted está sin hogar.

COMPROBANTES DE INGRESOS: **TODOS LOS QUE CORRESPONDAN**

- 3 meses de los talones de cheque más recientes del paciente y su cónyuge
- Declaración de impuestos completa del año anterior a la presentación, incluyendo todos los anexos y formularios adicionales
- Una carta de estado de exención de parte del IRS (4905 Kroger Blvd, Greensboro, 844-545-5640) si usted no presentó una declaración de impuestos el año anterior
- Carta de aprobación para beneficios de discapacidad para el paciente y/o su cónyuge
- Si es un estudiante universitario, proporcione una carta que incluya el dinero recibido, el costo de la matrícula y de los libros.
- Carta de apoyo notariado si no hay ingresos
 - Debe incluir el nombre de la persona que brinda el apoyo, su relación con usted y cómo le está ayudando. Debe incluir la dirección actual de la persona de apoyo, su número de contacto durante el día y su firma.
- Carta de aprobación para vales de comida indicando la cantidad asignada por mes
- Carta de aprobación para beneficios del Seguro Social para el paciente y/o su cónyuge
- Verificación de beneficios por desempleo. Necesita una copia de la carta de verificación de parte del Departamento de Comercio de Carolina del Norte, División de Protección Laboral (NC Department of Commerce, Division of Employment Security).

COMPROBANTES DE BIENES: **TODOS LOS QUE CORRESPONDAN**

- Los estados de cuentas bancarios completos de los últimos 90 días tanto de las cuentas de cheques como las de ahorros (con todas las páginas detallando todas las transacciones). Deben incluirse todas las cuentas bancarias a nombre del paciente y su cónyuge. No se pueden aceptar las hojas impresas del historial de transacciones o del balance de las cuentas.
- Póliza de seguro de vida entera/completa que indique el valor en efectivo
- Extractos de planes de pensión y/o 401(a), 401(k), 403(b) a nombre del paciente y el cónyuge, indicando el valor actual
- A anualidades, certificados de depósito, IRAs (tradicionales o Roth) o cualquier otro tipo de inversiones, ahorros o declaraciones de planes de jubilación a nombre del paciente y su cónyuge, indicando el valor actual.