



Woman's

Solicitud de asistencia financiera

Comuníquese con el asesor financiero al 225-924-8354 para recibir ayuda para completar este formulario.

Nombre: _____ N.º de Seguro Social _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono de la casa: _____ Número de teléfono móvil: _____

Empleador: _____ ¿Está casado? Sí No

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento del cónyuge: _____

Empleador del cónyuge: _____

¿Recibe asistencia nutricional suplementaria (SNAP)? Sí No

¿Solicitó Medicaid en los últimos 3 meses? Sí No Pendiente Rechazado

¿Cuál es el tamaño de su hogar? _____ (los miembros del hogar son familiares incluidos en la declaración de impuestos federales más reciente) Indique el nombre y la fecha de nacimiento de los demás miembros del hogar, sin incluirse a usted ni a su cónyuge:

Ingresos del hogar

Salario del paciente: \$ _____ Salario del cónyuge: \$ _____ Otros salarios del hogar: \$ _____

Otros ingresos del hogar:

Pensión alimenticia	\$ _____	Desempleo	\$ _____
Manutención infantil	\$ _____	Pagos a veteranos	\$ _____
Intereses o dividendos	\$ _____	Compensación para	\$ _____
Ingresos por pensión o	\$ _____	trabajadores	
jubilación	\$ _____	Otro (explique): _____	\$ _____
Asistencia pública	\$ _____		
Seguro Social o discapacidad	\$ _____		
Beneficios para sobrevivientes			

ENVÍE LO SIGUIENTE JUNTO CON ESTE FORMULARIO:

- Una copia de una identificación con foto.
- Prueba de residencia: copia de la hipoteca, del contrato o del acuerdo de alquiler actuales, junto con comprobantes de pago de los últimos 30 días. La hipoteca, el contrato o el acuerdo de alquiler deben incluir el nombre del contacto principal y una dirección residencial en Louisiana.
- Ingresos de los últimos 90 días de cada miembro del hogar; el formulario 1040 más reciente de declaración de impuestos federales; la carta de adjudicación actual del Seguro Social (puede sustituir la declaración de impuestos federales más reciente). El talón de pago debe incluir el nombre del contacto principal y una dirección residencial en Louisiana.
- Una copia de una factura de servicio público (gas, agua, electricidad) emitida en los últimos 30 días. La factura de servicio público debe incluir el nombre del contacto principal y una dirección residencial en Louisiana.
- Copia de la verificación de asistencia nutricional suplementaria (si corresponde).
- Pacientes que solicitan asistencia por dificultades económicas relacionadas con gastos médicos: los solicitantes con ingresos familiares brutos anualizados superiores al umbral del nivel federal de pobreza pueden calificar para recibir dicha asistencia presentando comprobantes de facturas médicas (de cualquier proveedor de atención médica) correspondientes a los seis meses anteriores a esta solicitud. Pueden enviarse facturas médicas de todos los familiares del solicitante que vivan en el hogar y hayan sido incluidos en la declaración de impuestos federales más reciente.

** Para que se apruebe la solicitud de los solicitantes que no tienen ninguno de los documentos anteriores, se debe presentar la declaración de un tercero como prueba de residencia. La declaración debe ser de una persona que vive con el solicitante y debe incluir lo siguiente:

- Nombre del tercero.
- Relación del tercero con el beneficiario.
- Dirección postal del tercero.
- Número de teléfono del tercero, de la agencia o del negocio.

Envíe esta solicitud a la dirección postal

Woman's Hospital Financial Assistance Counselor
100 Woman's Way • Baton Rouge, LA 70817

O bien, por correo electrónico a financial.counselor@womans.org

O por fax al 225-928-8831 • 225-922-3395

- Declaración del tercero en la que confirma la dirección física del beneficiario.
- Firma del tercero.

Al firmar este documento, entiendo que se espera que los pacientes identificados como posiblemente elegibles para Medicaid u otros programas cooperen y completen la solicitud para esos programas. Además, certifico que la información que di es correcta a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Envíe esta solicitud a la dirección postal

Woman's Hospital Financial Assistance Counselor
100 Woman's Way • Baton Rouge, LA 70817

O bien, por correo electrónico a financial.counselor@womans.org

O por fax al 225-928-8831 • 225-922-3395