



Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Estimado/a _____:

Adjuntamos su solicitud para el Programa de Ayuda Económica de Bayhealth Medical Center. Por favor, complete los puntos a continuación:

Paso 1 Complete ambos lados del Formulario de solicitud de ayuda económica.

Paso 2 Obtenga comprobantes de sus ingresos. Solicitamos un comprobante de ingresos por un período de cuatro (4) semanas que finalice en la fecha de su solicitud. Este documento debe incluir los ingresos de todos los miembros dependientes de la familia. Puede usar el talón del recibo de sueldo, una carta del empleador, una copia del cheque mensual que recibe del gobierno (por ejemplo: pensión alimenticia, manutención de menores, seguro de desempleo o seguro social). También necesitaremos copias de su resumen bancario de los últimos tres (3) meses y las declaraciones de impuestos federales y estatales del último año. En el caso de pacientes que estén jubilados o tengan una discapacidad, necesitamos un aviso actual de beneficios del Seguro Social y su declaración de beneficios del Seguro Social SSA-1099 actual.

Paso 3 Cuando haya completado los pasos 1 y 2, puede enviar la solicitud por correo o llamar para coordinar una cita con uno de nuestros asesores financieros para que evalúen su solicitud. A continuación, se incluyen los datos de contacto:

Kent Campus
Attn: Financial Counselor
640 S. State Street
Dover, Delaware 19901

(302) 744 - 7481

Sussex Campus
Attn: Financial Counselor
100 Wellness Way
Milford, Delaware 19963

(302) 430 - 5727

Para que tengamos en cuenta su solicitud, la debe enviar completa, fechada y firmada al hospital dentro del plazo de treinta (30) días a partir de la fecha en que se la enviamos.

Atentamente,

Asesor Financiero

PACIENTES DE CIRUGÍA

Si tiene una cirugía programada, es importante que nos avise ahora y haga lo posible por completar y entregarnos la solicitud entera en cuanto pueda, antes de la cirugía.

Fecha de la cirugía: _____

Nombre del médico: _____

Número de teléfono del médico: _____



Identificación del paciente

SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

Fecha _____ N.º de SS _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Empleador del paciente _____ Teléfono _____

Si está desempleado: Período sin empleo _____ Empleador anterior _____

Fecha en la que se quedó sin empleo _____ ¿Es elegible para COBRA? _____

Dirección del empleador _____

(Si es un trabajador autónomo, indique su dirección laboral)

Ocupación _____ Período de empleo _____

Para ser completado únicamente por estudiantes de tiempo completo:

¿Cuenta con la cobertura de una póliza de seguro de sus padres o terceros a través de la universidad?

En caso afirmativo, proporcione información de la póliza:

¿Sus padres lo incluyen como dependiente en sus declaraciones de impuestos? _____ Sí _____ No

Lugar de residencia: _____ Vivienda en campus _____ Vivienda fuera del campus

Nombre de la persona responsable _____ N.º de SS _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio de la persona responsable _____ Teléfono _____

Empleador del cónyuge _____ Teléfono _____

Nombre del cónyuge _____ N.º de SS _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del empleador del cónyuge _____ Teléfono _____

Ocupación del cónyuge _____ Período de empleo _____

Total de ingresos brutos mensuales _____ Total de ingresos netos mensuales _____

Todos los ingresos adicionales _____ (empleo del cónyuge, pensión alimenticia, manutención de menores, etc.)

Cant. de dependientes _____ (menores de 18 o 21 si son estudiantes de tiempo completo)

Nombres de los dependientes _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

Banco _____ Ciudad _____ Estado _____

Casa propia _____ En proceso de compra _____ Valor aprox. _____ Alquiler _____ Cuánto tiempo _____

Otra propiedad _____ Valor aprox. _____

Nombre y dirección del propietario/acreditor hipotecario _____

Auto n.º 1 _____ Marca _____ Año _____ Financiado por _____

Auto n.º 2 _____ Marca _____ Año _____ Financiado por _____

Vehículos recreativos propios: _____ bote, motocicleta, casa rodante, etc. _____



Identificación del paciente

SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

Solo para uso interno

N.º de cuenta _____	Monto _____	Amb./Int. _____	N.º de cuenta _____	Monto _____	Amb./Int. _____
N.º de cuenta _____	Monto _____	Amb./Int. _____	N.º de cue _____	Monto _____	Amb./Int. _____
N.º de cuenta _____	Monto _____	Amb./Int. _____	N.º de cuenta _____	Monto _____	Amb./Int. _____
N.º de cuenta _____	Monto _____	Amb./Int. _____	N.º de cuenta _____	Monto _____	Amb./Int. _____
N.º de cuenta _____	Monto _____	Amb./Int. _____	N.º de cuenta _____	Monto _____	Amb./Int. _____

Enumere en orden todas sus deudas, excluida la deuda con Bayhealth

A quién le debe Nombre de la compañía	Tipo de cuenta	Saldo actual	Número de cuenta	Pago mensual
--	-------------------	-----------------	---------------------	-----------------

Hipoteca

Crédito automotor n.º 1 _____

Crédito automotor n.º 2 _____

Tarjetas de crédito _____

Bancos
Cía. financiera _____
etc.

Gastos médicos _____

Otro

GASTOS MENSUALES DEL HOGAR

Alimentos _____ Elect. _____ Gas _____ Saneamiento _____ Teléfono _____ Agua _____
Cable _____ Manut. de menores _____ Seguro auto. _____

AUTORIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN CREDITICIA

Por el presente, autorizo a Bayhealth Medical Center o su representante a investigar cualquier referencia, declaración u otro dato proporcionado por mí o cualquier otra persona sobre mi responsabilidad financiera y crediticia. Declaro que la información proporcionada en mi Formulario de solicitud de ayuda económica es verdadera y correcta.

Firma _____ Fecha _____

SOLO PARA USO INTERNO

Fecha de recepción de la solicitud _____ Cargos elegibles _____

Comentarios:

Respuesta del consultorio médico sobre cirugía: Urgente _____ Semielectiva _____ Electiva _____