

Financial Hardship Application (Aplicación de dificultades financieras)

Paciente Nombre:	Paciente Numero Social	Fecha de Nacimiento	Fecha
Direccion del Paciente:		Paciente Teléfono:	
Nombre de la persona que completa esta solicitud que no sea el mencionado anteriormente: Relacion al paciente: _____ Teléfono: _____			
Estas empleado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre y dirección del empleador _____		En caso afirmativo, número de teléfono y nombre del contacto _____
Si no, cuanto tiempo estuvo desempleado:	_____		_____
Numero de familiares que viven en el hogar:			

**A. Proveer: prueba documentada de que el paciente esta en o debajo del 135% de las pautas federales actuales de pobreza. La documentación apropiada de dificultades financieras puede incluir, pero no se limita a, uno o más de los siguientes:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prueba de todos los demas ingresos recibidos en los últimos 90 días                                | <input type="checkbox"/> Retencion W-2   |
| <input type="checkbox"/> Formularios de solicitud de Medicaid o otro programa de asistencia médica financiado por el estado | <input type="checkbox"/> Estado de desempleo   |
| <input type="checkbox"/> Formularios de empleadores o agencias de bienestar social  | <input type="checkbox"/> Declaracion de impuestos sobre la renta (la mos reciente firmada 1040 y / o W2) |

**B. Proporcionar prueba de circunstancias financieras dificiles tales como:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Estado de desempleo   | <input type="checkbox"/> Comprobante de liquidación de quiebra. |
| <input type="checkbox"/> Prueba de todos los otros ingresos recibidos en los últimos 90 días   |   |
| <input type="checkbox"/> Otro documentación que demuestra la incapacidad del paciente para pagar facturas médicas y aún así poder pagar las necesidades básicas. |   |

**C. Describa circunstancias financieras dificiles**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Renta Familiar Mensual y Fuente				Gastos Familiares Mensuales Promedio	
	Paciente	Esposó/Esposa	Dependientes del cónyuge del paciente		Cantidad
Salario mensual bruto				Renta / Hipoteca	
Asistencia publica				Teléfono / Internet	
Desempleo				Cable	
Beneficios de Seguro Social				Electricidad	
Compensación del trabajador				Pago del coche	
Manutencion de los hijos				Seguro de la Casa	
Otro (pension alimenticia)				Seguro de Auto	
Otro (pension de jubilación)				Gas/Transporte	
Otro				Tarjetas de credito / prestamos	
				Comida	
				Medicina	
				Otro	
Ingreso Familiar Totales				Gastos Totales	

Financial Hardship Application (Aplicación de dificultades financieras)

2 of 2

Por la presente reconozco que la información dada aquí es verdadera y correcta. Autorizo a Millennium Physician Group a verificar cualquier información contenida en este documento con el único fin de evaluar la necesidad financiera

**Firma de la persona que hace la solicitud:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Devuelva todos los formularios y la documentación requerida (en persona o por correo) a:**

**Millennium Physician Group Business Services Dept.**

**2675 Winkler Ave., 2<sup>nd</sup> FL, Fort Myers, FL 33901      Teléfono: 877-856-3774**

**Toda la información relacionada con las solicitudes de dificultades financieras será confidencial.**