

MUSC/CMH/UMA

Aplicación Para Asistencia Financiera

Imprima

de cuenta _____ Estado civil: _____

Nombre del Paciente _____ Seguro Social _____

Nombre del Responsable _____ Seguro Social _____
Por el balance del paciente

Numero de Teléfono del: Trabajo _____ Casa _____ celular _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

**Información del empleador de la persona
Responsable por el balance del paciente** _____
Nombre/dirección/numero de teléfono del empleador

Si no esta trabajando, ¿Cuándo fue su último día de empleo? _____

Si tiene seguro medico provea nombre y numero de póliza de la compañía :

Nombre del Seguro medico	Numero de Póliza

Si su visita fue el resultado o relacionado a un daño o accidente personal

Fecha del Accidente	Nombre y numero de teléfono del representante del seguro
Nombre y numero de teléfono del abogado	Nombre del seguro, numero de póliza, demanda
Nombre del culpable, seguro y numero de póliza, demanda	Nombre y numero de teléfono del representante del seguro

Accidente Relacionado con el trabajo

Fecha del accident	Nombre del Empleador
Dirección del Empleador	Numero de teléfono del empleador
Índole del daño	Nombre del seguro
Nombre del Representante del seguro	Teléfono del representante

¿Es propietario de casa? Si / No Valor Balance Aproximado Pago(s)
Aproximado \$ _____ En la Hipoteca \$ _____ Mensual \$ _____

¿Es dueño de carro(s)? Si/ No Valor Balance Aproximado Pago(s)
Aproximado \$ _____ En el/los prestamos (s) \$ _____ Mensual \$ _____

Incluya todos los miembros/dependientes de su casa quien usted reclamo en sus impuestos Federales. Si usted provee el nombre de alguien a quien usted no ha reclamado en sus impuestos usted debe proveer por lo menos uno de los siguientes documentos por cada uno de las personas: Certificado de nacimiento, Registro de vacunas, tarjeta de seguro social, carta vigente de Medicaid mostrando su elegibilidad, registro o documentos legales que muestran su custodia, registro escolar, o cualquier documento razonable que demuestre la relación de padre/guardián. Si necesita espacio adicional aparte del provisto en este formulario, use la afirmación del dependiente provisto en este paquete.

Nombre de los miembros de la Familia	Seguro Social	Relación con el solicitante	Fecha de Nacimiento	Fuente de Ingresos (Empleador, ingreso del seguro social etc.)	Sueldo mensual Antes de Deducciones
					\$
Total de Ingresos					\$

Nombre y # de cuenta de su chequera	Balance promedio	Nombre y # de cuenta de ahorro	Balance promedio

Otros bienes y valor aproximado (de dinero invertido, Bonos, CD's, Propiedades, botes, negocios, etc.)

Bienes	Valor
\$	\$
\$	\$
\$	\$

Gastos Mensuales:

Comida \$ _____ Tarjetas de Crédito \$ _____ Pago del carro \$ _____ Prestamos \$ _____ Utilidades \$ _____
(excluyendo casa/carro)

Medicamentos \$ _____ Facturas medicas \$ _____ Facturas Medicas \$ _____ Hipoteca/Renta \$ _____
(MUSC/CMH/UMA) (aparte de MUSC/CMH/UMA)

Otros \$ _____

Yo con mi firma, testifico que he leído o alguien me ha leído todos los derechos en esta solicitud y que la información que yo he provisto es verdadera y correcta según mis habilidades y concuerdo en que debo reportar cualquier cambio.

Yo cedo cualquier información, incluyendo información financiera para determinar mi elegibilidad con MUSC/CHM/UMA Programa de Asistencia Financiera. Yo entiendo y doy autorización a Medical University of South Carolina, el Medical University Hospital Authority, Charleston Memorial Hospital, Unersivsty Medical Associates, sus afiliados, agencias de colecciones, o abogados de verificar cualquier información contenida en esta aplicación, incluido el derecho de obtener y revisar mi reporte de crédito del paciente/guardián/o partido responsable.

Yo entiendo que mi elegibilidad para este descuento se expira en un año y debo de aplicar denuuevo para seguir recibiendo descuentos aplicables. Yo entiendo que el descuento aprobado NO cubre ningún deposito/honorarios de la visita y solo aplica a cualquier balance del paciente después del seguro. Yo también entiendo que cualquier descuento podrá ser retirado si mis condiciones financieras cambian.

Firma _____ Fecha _____

Envíe este formulario con los requisitos necesarios (vea la lista provista) a: University Medical Associates, 1 Poston Road, Suite 350, Charleston, South Carolina 29407. Si tiene alguna pregunta llame al: (843) 792-6200 o al (800) 868-5051

(Web)