



University of Nebraska Medical CenterSM

REGIONAL PATHOLOGY SERVICES

Nombre de
Garante
Dirección
Ciudad, Estado, Código Postal

Fecha: Fecha de hoy

Nombre (Nombre, segundo nombre, apellido):

Cuanta del Paciente #:

Servicios de Patología Regional se compromete a brindar atención médica a pacientes que no cuentan con suficientes recursos económicos. Si califica para recibir asistencia, se le podría una parte de su(s) cuenta(s), hasta el 100%. No será responsable del monto condonado. Servicios de Patología Regional administra este programa de asistencia sin discriminar por raza, credo, color, sexo, origen nacional, religión ni edad.

Instrucciones:

Complete la solicitud en su totalidad. Debe incluir copias de cualquiera de los siguientes documentos que le correspondan. *Adjunte copias, no los originales*, ya que el Servicio Regional de Patología no puede garantizar la devolución de los documentos enviados con la solicitud.

Si falta alguno de los documentos, se retrasará la tramitación de su solicitud o podría ser **rechazada**, dejándole a usted a cargo del pago total.

Envíe por correo la solicitud completa y los documentos a:

UNMC

**Attn: Regional Pathology Services
987137 Nebraska Medical Center
Omaha, NE 68198-7137**

1. Si tienes ingresos:

- ☐ Adjunte una copia de su Formulario 1040 del IRS más reciente y los anexos correspondientes.

2. Si no presentó una declaración de impuestos federales sobre la renta, debe:

- ☐ Indique por escrito que no está obligado a presentar la solicitud y el motivo (envíe esto junto con la solicitud).
☐ Envíenos una copia de la declaración de impuestos federales más reciente de cualquier persona que lo reclamó como dependiente.

3. Adjuntar prueba adicional de sus ingresos familiares, que puede incluir:

- ☐ Formularios 1099 del Seguro Social o cartas de concesión
☐ Cartas de concesión de indemnización por desempleo o compensación laboral
☐ Últimos dos talones de pago (el suyo, el de su cónyuge y el de otras personas que residan en el mismo hogar)
☐ Si trabaja por -cuenta propia, incluya el Anexo C y/o un estado de pérdidas y ganancias.
☐ Manutención de los hijos o pensión alimenticia
☐ SNAP (cupones de alimentos), calefacción o Cartas de asistencia para vivienda.

4. Si no tienes ingresos

- ☐ Si no tiene ingresos, envíenos una **carta de apoyo**.

La persona que le brinde apoyo debe firmarla y certificar el documento ante notario.

5. Comprobante de disponibilidad de efectivo en el hogar

- ☐ Cuentas corrientes y/o de ahorro
☐ Acciones, bonos, certificados de depósito (CD), -cuentas de interés de alto rendimiento o anualidades

- ☐ Cualquier otra inversión, incluido propiedad inmuebles.
- ☐ Cuentas de ahorro para gastos médicos (HSA), Cuentas de ahorro para gastos médicos (MSA), Planes de gastos flexibles (FSA) o Planes de reembolso de gastos médicos (HRA)

6. Carta de Negación de Asistencia Médica

☐ Según la evaluación financiera inicial, es posible que deba solicitar Asistencia Médica (Medicaid, Discapacidad y/u otros programas disponibles) y enviar una copia de su **Carta de Denegación** antes de que podamos aprobar su solicitud.

Aunque se puede aprobar asistencia financiera para los servicios, es posible que se le solicite que complete solicitudes de Asistencia Médica en cualquier momento durante el proceso.

Nombre (Nombre, segundo nombre, apellido): ID de la parte responsable #: Regreso por:

ASISTENCIA FINANCIERA SOLICITUD FORM

Nombre del Responsable:

Dirección: Ciudad Estado: Código Postal

Número de teléfono durante el día: Tamaño del hogar (paciente, cónyuge y dependientes): Estado civil:

Estado laboral: ☐ tiempo ☐ tiempo parcial ☐ Empleo propio ☐ Desempleado ☐ Nombre del Empleador del Estudiante:

Duración del empleo Desempleado Fecha/Duración (Mes.DD.AAAA)

Name of Spouse/Partner:

Employment Status: ☐ Tiempo ☐ tiempo parcial ☐ Empleo Propio ☐ Desempleado ☐ Nombre del Empleador del Completo

Duración del Empleo Desempleado Fecha/Duración (Mes.DD.AAAA)

Dependientes: (Si hay más de 5 dependientes, utilice una página aparte)

	Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento (Mes, DD, AAAA)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

¿Tiene usted seguro médico? ☐ Sí ☐ No

(Si es así, adjunte una copia del anverso y reverso de su(s) tarjeta(s) de seguro).

¿Ha solicitado Medicaid/Discapacidad u otra asistencia gubernamental en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ No

(Si es así, adjunte una copia de la carta de denegación o prueba de elegibilidad).

Servicios relacionados con accidentes automovilísticos, Compensación al Trabajador, o cualquier afiliación de terceros, o cualquier afiliación de terceros, proporcione el nombre del abogado y/o representante y la información de contacto:

Nombre:
Dirección:
Número de
Teléfono:
Tipo de caso:

Ingresos mensuales del hogar: Donar mensualmente ingresos por otros miembros del hogar. Adjunte también copias de (Formulario 1040 del IRS y otros documentos de prueba de ingresos (consulte la lista de verificación de documentación)).

	Ser	Cónyuge y/u otros miembros del hogar		Ser	Cónyuge y/u otros miembros del hogar
Salarios	\$	\$	Desempleo	\$	\$
Trabajo por cuenta propia	\$	\$	Compensación laboral	\$	\$
Pensión o Jubilación	\$	\$	Pensión alimenticia	\$	\$

Dividendos o intereses	\$	\$	Manutención infantil	\$	\$
Rentas y regalías	\$	\$	Otro	\$	\$

Gastos mensuales del hogar y médicos: Escribir N/A para cualquier artículo que no le pertenezca. Usar otra hoja para gastos adicionales.					
	Saldo impago	Pago mensual		Saldo impago	Pago mensual
Hipoteca	\$	\$	Agencias de cobro	\$	\$
Alquilar	\$	\$	Tarjetas de crédito	\$	\$
Préstamos	\$	\$	Servicios públicos	\$	\$
Gastos médicos	\$	\$	Alimento	\$	\$
Medicamentos con receta	\$	\$	Seguro de auto	\$	\$
Cuidado de los niños	\$	\$	Seguro de vida	\$	\$
Teléfono	\$	\$	Seguro de salud	\$	\$
Otro	\$				

Recursos disponibles para el hogar: Adjunte a esta solicitud copias de los estados de cuenta de su hogar del último mes.

¿Tiene usted u otros miembros del hogar una cuenta bancaria? ☐ Sí ☐ No

(Si es así, adjunte el estado de cuenta mensual más reciente).

Compruebe los tipos de cuentas que tienes: ☐ Corriente ☐ Ahorros ☐ Mercados monetarios ☐ Certificados de depósito (CD)'s)

☐ Cuentas de ahorro para la salud (HSA, FSA, M. SA., H R A)

¿Tiene acciones, bonos u otras inversiones? ☐ Sí ☐ No

(En caso afirmativo, adjunte copias de las declaraciones más recientes).

Automóvil: ☐ Propio ☐ Alquiler
(marque uno) o

Hacer Modelo Año

Hacer Modelo Año

Certifico que toda la información aquí incluida es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que la información se utilizará para determinar mi capacidad de pago por los servicios que me prestó Regional Pathology Services. Por la presente, autorizo al personal de Regional Pathology Services autorizado para recibir, divulgar o actuar sobre información financiera a investigar la información aquí contenida. La investigación puede incluir contactar, por escrito o por teléfono, a las personas, empresas o corporaciones que mencioné en este documento de información financiera. La investigación también puede incluir una verificación de crédito. Libero al personal designado del hospital y a todas las partes que proporcionen información a solicitud del personal del hospital de toda responsabilidad por cualquier acto de comisión u omisión, comunicaciones o divulgaciones realizadas de conformidad con dicha investigación. Entiendo que la presentación de información falsa me descalificará automáticamente para cualquier tipo de asistencia.

Firma del Responsable: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge: _____ Fecha: _____