



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
988095 Nebraska Medical Center
Omaha, NE 68198-8095

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:	<input type="checkbox"/> tiempo	<input type="checkbox"/> tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Empleo propio <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Nombre del Empleador del Estudiante:
Duración del empleo	Desempleado Fecha/Duración (Mes.DD.AAAA)		

Name of Spouse/Partner:			
Employment Status:	<input type="checkbox"/> Tiempo	<input type="checkbox"/> tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Empleo Propio <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Nombre del Empleador del
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

