

SOLICITUD PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA

Comprendo que la información enviada con respecto a mi ingreso anual, el tamaño de mi familia y mis activos está sujeta a control por parte de Pine Rest Christian Mental Health Services. Además, entiendo que, si se determina que la información enviada es falsa, el resultado será el rechazo de esta solicitud y el saldo pendiente de pago será mi responsabilidad.

SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE (en letra de imprenta)							
Número de cuenta		Fecha(s) de servicio		Número de Seguro Social			
Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)				Fecha de nacimiento			
Dirección		Ciudad		Estado		Código postal	
Teléfono de la casa ()		Teléfono celular ()		Otro teléfono ()		Condado	
Estado civil Soltero Casado Divorciado Otro _____		¿Es residente legal en los Estados Unidos? Sí No		¿Tenía seguro médico u otro tipo de cobertura al momento del servicio? Sí No			
¿Presenta una declaración de impuestos federales? Sí No Si la respuesta es negativa, ¿cuál es el motivo? _____		¿Quién es el principal contribuyente? Usted Su cónyuge Otra persona: _____		¿Recibe alguien en el hogar asistencia pública? Dinero Alimentos Otros: _____			
SECCIÓN DOS: INFORMACIÓN DEL GARANTE/TERCERO RESPONSABLE							
Garante/tercero responsable: Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)				Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social	
Dirección		Ciudad		Estado		Código postal	
Teléfono celular ()		Otro teléfono ()		Condado		Relación con el paciente	
SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN DE LA FAMILIA (enumere todas las personas que viven en su hogar)							
Nombre del miembro familiar	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	¿Aparece esta persona enumerada en sus declaraciones de impuestos federales?	Nombre del miembro familiar	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	¿Aparece esta persona enumerada en sus declaraciones de impuestos federales?
1.			Sí No	4.			Sí No
2.			Sí No	5.			Sí No
3.			Sí No	6.			Sí No
Cualquier otro miembro de su familia puede presentarse en otra hoja.							

SECCIÓN CUATRO: GASTOS (enumere los gastos mensuales de todos los miembros del hogar)

Pago de la casa	Pago del automóvil	Gastos de calefacción	Teléfono celular
Impuestos sobre la propiedad (anuales)	Seguro del automóvil	Gastos de electricidad	Alimentos
Alquiler de casa/lote	Combustible (del automóvil)	Teléfono de la casa	Gastos de instrucción educativa
Seguro de alquiler/casa	Gastos de cuidado infantil/ manutención de menores	Gastos de agua/cloacas/recolección de basura	Otros: _
Gastos/seguro médico	Seguro de vida	Gastos de televisión por cable/antena	Otros: _

SECCIÓN CINCO:

Fuente de ingresos mensuales	¿Qué miembro de su familia recibe este ingreso?	Monto del ingreso bruto mensual actual	Fuente de ingresos mensuales	¿Qué miembro de su familia recibe este ingreso?	Monto del ingreso bruto mensual actual
Salarios			Salarios		
Trabajo autónomo			Trabajo autónomo		
Manutención para menores/pensión alimenticia			Manutención para menores/pensión alimenticia		
Seguro Social			Seguro Social		
Inversiones			Inversiones		
Pensión/dividendos			Pensión/dividendos		
Propinas/comisión			Propinas/comisión		
Intereses			Intereses		
Ingresos por alquiler			Ingresos por alquiler		
Ingresos familiares			Ingresos familiares		
Subsidio por desempleo			Subsidio por desempleo		
Compensación del trabajador			Compensación del trabajador		
Otros: _____			Otros: _____		

SECCIÓN SEIS: ACTIVOS DE LA FAMILIA (indique los activos de todos los miembros del hogar)

Fuente de activos	¿Qué miembro de su hogar posee este activo?	Valor de activos actuales	Fuente de activos	¿Qué miembro de su hogar posee este activo?	Valor de activos actuales
Cuenta de cheques			Valor de la propiedad (casa)		
Cuenta de cheques n.º 2			Valor de la propiedad n.º 2		
Cuenta de ahorros			Valor del automóvil (principal)		
Cuenta de ahorros n.º 2			Valor del automóvil n.º 2		

Certificados de depósito/ mercado monetario			Motocicleta/cuatriciclo/bote/ remolque		
Cuenta 401k/403B/IRA/ de jubilación			Seguro de vida (valor de rescate)		
Acciones/bonos/anualidades			Otros: _____		
HSA/FSA			Otros: _____		

SECCIÓN SIETE: COBERTURA DE SEGURO

Cobertura primaria	Número de identificación de miembro	Número de grupo	Nombre del suscriptor	Relación con el paciente
Beneficios (parte que debe completar el personal de Pine Rest)				
Cobertura secundaria	Número de identificación de miembro	Número de grupo	Nombre del suscriptor	Relación con el paciente
Beneficios (parte que debe completar el personal de Pine Rest)				

SECCIÓN OCHO: MOTIVO DE SOLICITUD (en letra de imprenta)

Motivo del paciente de la solicitud (si necesita más espacio, puede presentarse en otra hoja)

Al firmar a continuación, certifico que la información que figura en esta solicitud y en sus anexos es verdadera.

Firma del tercero responsable: _____ Fecha: _____
 Si tiene alguna pregunta, llame a: _____ al () _____

El personal de Pine Rest encargado de la solicitud de asistencia financiera (FAP) 501R debe completar esta sección

Firma del personal encargado de la revisión: _____ Fecha: _____

Firma del Director de Departamento: _____ Fecha: _____

Estado de aprobación: Aprobado Rechazado	Si se aprueba, monto/porcentaje otorgado:	Si se rechaza, motivo de la denegación:
Fecha(s) de vigencia:	Vencimiento/renovación de fecha solicitada:	

El personal de Pine Rest encargado de la solicitud del Fondo de Asistencia a Pacientes (PAF) debe completar esta sección

Firma del personal encargado de la revisión: _____ Fecha: _____

Firma del Director de Departamento: _____ Fecha: _____

Estado de aprobación: Aprobado Rechazado	Si se aprueba, consulte a continuación para recibir detalles de la subvención. Notas de la subvención:	Si se rechaza, motivo de la denegación:
Estadía para pacientes hospitalizados		
Estadías posteriores:		
Citas de grupo de participación para pacientes (PPG):		
Tratamiento de terapia electroconvulsiva/estimulación magnética transcraneal (ECT/TMS):		
Citas de prioridad en la atención de pacientes (PPC):		
Estadía por desintoxicación:		
Residencial:		
Fecha(s) de vigencia:	Vencimiento/renovación de fecha solicitada:	