

¿Usted presenta una declaración tributaria federal todos los años? Sí No

Tengo pendiente un litigio, acuerdo, lesión personal o demanda de responsabilidad en la cuenta

N° _____

Sí No En caso afirmativo, proporcione detalles _____

He aplicado para Medicaid u otros programas gubernamentales:

Sí No En caso afirmativo, proporcione detalles _____

Certifico bajo pena de perjurio que toda la información suministrada como parte de esta solicitud de Ayuda Financiera es veraz y exacta. Entiendo que la información suministrada en esta solicitud está sujeta a verificación por parte de Hendricks Regional Health y autorizo por el presente a cualquier poseedor de la información suministrada en esta solicitud a divulgar la misma al Hendricks Regional Health para efectos de esta solicitud. Además, entiendo que no divulgar la información solicitada en este formulario o divulgar información incorrecta ocasionará el rechazo de la solicitud. También acepto aplicar para la ayuda estatal o federal antes de recibir una ayuda financiero, si corresponde. Si tengo derecho a cualquier acción en contra o acuerdo de parte de algún pagador tercero, tomaré las medidas necesarias o exigidas por el Hendricks Regional Health para tomar dichas medidas y otorgaré al Hendricks Regional Health todos los montos recuperados hasta el monto total del saldo pendiente en mi factura.

Firma del solicitante

Fecha

Parentesco con el paciente (si no es el paciente)

DOCUMENTOS EXIGIDOS

Junto con su Solicitud de Ayuda Financiera, necesitamos **copias** de los siguientes documentos (si corresponde). **Incluya los documentos de todos los miembros de la familia mencionados arriba.**

- Declaraciones tributarias de ingresos federales del año anterior (incluyendo el Apartado C o E si usted trabaja por su cuenta)
- W-2 o 1099 del año anterior
- Las declaraciones más recientes de todas las cuentas corriente y de ahorro (incluya todas las páginas)
- Los recibos de pago de los últimos dos (2) meses (o constancia del empleador que indique los salarios devengados)
- La carta del Seguro Social o de Beneficios por Discapacidad de este año
- Comprobante de desempleo
- Copia de la orden de manutención infantil

Envíe la solicitud y los documentos por correo postal a:

Servicios Financieros para Pacientes
Hendricks Regional Health
PO Box 409
Danville, IN 46122

O entréguelos en:

Servicios Financieros para Pacientes (entrada este del hospital)
1000 East Main Street
Danville, IN 46122