



SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN FINANCIERA

INFORMACIÓN REQUERIDA: Para que se lo considere para asistencia financiera para los servicios médicamente necesarios, deberá completar esta declaración confidencial. Para que se la considere completa, deberá responder todas las preguntas, el formulario deberá estar firmado y se deberán adjuntar la verificación del ingreso de su hogar *antes* de impuestos y la verificación de los estados de cuentas bancarias. Envíe su Declaración de Impuestos Federales más reciente y completa y copias de todas las otras declaraciones de ingresos. Si no declara impuestos federales, debe explicar por qué y quién le proporciona sostén financiero en la página 2 dentro del campo para comentarios adicionales.

NOMBRE DEL PACIENTE _____ REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE _____

ESTADO CIVIL _____ No. SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

INFORMACIÓN SOBRE EL GARANTE (Paciente o persona/padre o madre responsable de la Factura si el paciente es menor)

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____ No. Seguro Social _____

Relación con el paciente _____ No. teléfono _____ Correo electrónico: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. Post. _____ País _____

Empleador actual _____ Teléfono _____ Fechas de empleo _____

Dirección comercial _____ Cargo/Puesto de trabajo _____

Empleador anterior (si en últimos 12 meses) _____ Fechas de empleo _____

Dirección _____ Teléfono _____ Cargo/Puesto de trabajo _____

CÓNYUGE O GARANTE DEL PACIENTE _____ SSN _____

Empleador del cónyuge _____ Fechas de empleo _____

Dirección del empleador _____ Teléfono _____ Cargo/Puesto de trabajo _____

Empleador anterior (si en últimos 12 meses) _____ Fechas de empleo _____

Dirección _____ Teléfono _____ Cargo/Puesto de trabajo _____

Otros dependientes elegibles (hijos del paciente si son menores de 18 años)

Nombre	Apellido	Relación con garante	Fecha de nacimiento	No. Seguro Social
--------	----------	----------------------	---------------------	-------------------

Enumere todos los vehículos familiares (automóviles, camiones, motocicletas, barcos o remolques)

Tipo/marca del vehículo	Año	Valor est.
-------------------------	-----	------------

Propiedades/Inmuebles – Deberá adjuntar copia de Declaración fiscal de impuestos del condado

Vivienda: Rentada _____ Propia _____ Comprada _____ Pago mensual \$ _____ Valor fiscal de la vivienda _____

Vivienda móvil: Rentada _____ Renta del lote _____ Propia _____ Comprada _____ Pago mensual _____ Valor fiscal _____

Acreedor hipotecario o dueño _____

Otros inmuebles de su propiedad (dar descripción y valor fiscal) _____

Trabajador autónomo/Negocio (deberá proporcionar Declaración de Impuestos Federales)

Describa trabajo autónomo/negocio

Propietario de inmuebles comerciales _____ Propietario de capital comercial _____



SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN FINANCIERA

ADJUNTAR VERIFICACIÓN DE INGRESOS ANTES DE IMPUESTOS (últimos 6 meses)	INGRESO MENSUAL	ACTIVOS – SE DEBE ADJUNTAR VERIFICACIÓN	CANTIDAD DE ACTIVOS
Ingresos mensuales del garante (antes de impuestos)		Cuentas bancarias familiares – se requiere extracto	
Salario por hora _____ Horas por semana _____		Nombre del banco/Saldo de la cuenta de cheques	
Ingresos previos (últimos 12 meses)			
Salario por hora _____ Horas por semana _____		Nombre del banco/Saldo de la cuenta de ahorros	
Ingresos mensuales del cónyuge (antes de impuestos)			
Salario por hora _____ Horas por semana _____		401K	
Ingresos previos (últimos 12 meses)		Acciones	
Salario por hora _____ Horas por semana _____		Bonos	
Ingresos para garante o cónyuge:		Certificados de depósito	
Beneficios por desempleo		Propiedad comercial	
Beneficios de compensación a los trabajadores		403B	
Préstamos estudiantiles		IRA	
Pensión por jubilación que no sea Seg. Soc.		Valor en efectivo del seguro de vida (se requiere copia de la póliza)	
Seguro Social (edad, incapacidad o viudez)			
Seguro social infantil		Lista de propiedades adicionales (sin incluir la residencia primaria)	
Ingreso de Seguro Suplementario (SSI)			
SSI infantil			
Beneficios para veteranos			
Cuota alimentaria		OTRO SEGURO:	
Manutención de menores		Administración de veteranos	Sí No
AFDC/Asistencia de Servicios Sociales		Medicare	Sí No
Vales para comida		Medicaid	Sí No
Intereses/Dividendos		Cobra	Sí No
Ingresos de propiedades rentadas		Otro	Sí No
Ingresos agrarios/comerciales (se requiere Declaración de Impuestos)			
Otro:			
INGRESO MENSUAL TOTAL			
INGRESO ANUALIZADO (cantidad mensual x 12) (A)		ACTIVOS TOTALES (B)	

Certifico que las respuestas dadas arriba y toda la información adicional y/o los ingresos/gastos que he listado en una hoja aparte son ciertos, a mi leal saber y entender. Entiendo que la información fraudulenta o engañosa me hará inelegible para cualquier asistencia financiera. Autorizo la divulgación de cualquier información que se necesite para verificar la información proporcionada. Doy mi número del seguro social de manera voluntaria y tengo el permiso para dar los números del seguro social de los otros proporcionados. Los números del seguro social se pueden usar para los propósitos de identificación exacta, presentación de demandas de seguros, facturación, cobros y cumplimiento con leyes estatales y federales. Entiendo que esta información debe ser actualizada anualmente para que se la considere para asistencia financiera.

Comentarios adicionales del paciente/garante _____

 Paciente o garante

 Fecha

DEVOLVER LA INFORMACIÓN A:
 Nash Hospitals Systems, Inc.
 2460 Curtis Ellis Drive
 Rocky Mount, N.C. 27804
 Attn.: Patient Financial Services Review