



LifeScape

Creando Caminos. Mejorando Vidas.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA Lista de Verificación de Documentación Requerida

Por favor use este formulario para ayudarlo a devolver los artículos a continuación, ya que se aplican a su situación. Estos artículos son necesarios para procesar su solicitud de asistencia financiera.

Por favor, se le denegará su solicitud si no se proporciona toda la documentación requerida. Por favor absténgase de usar fluidos de corrección.

- _____ Declaración de impuestos federales (1040, W2, y todos los artículos que correspondan).
- _____ Recibos de pago por un período de 13 semanas antes de la fecha de servicio.
(_____ a _____)
- _____ Carta de apoyo, si tiene ingresos de Zero (Adjunto B)
- _____ Beneficios de desempleo: O los talones de cheques por 13 semanas o los bucles se imprimen.
- _____ Carta de beneficios de pensión de VA para el año anterior a su visita
- _____ Carta de beneficios del seguro social para el año anterior a su visita.
- _____ Manutención de menores y / o documentación de pensión alimenticia. Si a través de la oficina de libertad condicional, proporcione el caso de manutención o pensión alimenticia # _____
- _____ Asistencia general: recibo de su tarjeta de Medicaid, carta de su asistente social que indica cuándo comenzó a recibir, monto y si el caso aún está abierto (nota: esta carta se le puede entregar, debe llevarla a su trabajador social).
- _____ Estados de cuenta bancarios (cheques y / o ahorros) el mes de su visita que debe reflejar un saldo en la fecha de su servicio.
- _____ Todos los activos, que incluyen 401k, stocks, Bonds, ira y bienes inmuebles, además de su residencia principal.
- _____ Una forma de identificación para todos los familiares inmediatos que se incluyen en esta solicitud (por ejemplo, licencia de conducir, certificado de nacimiento o tarjeta de la seguridad social).
- _____ Una copia de todas las tarjetas de seguro
- _____ Prueba de residencia en la fecha de su servicio (ejemplo: licencia de conducir, factura de servicios públicos, recibo de alquiler, etc.) su nombre y dirección deben aparecer en este documento paciente por cuenta propia: proporcione un estado de pérdidas y ganancias durante los tres meses anteriores a su visita. Esto debe hacerlo un contador o un servicio tributario local.

Otra información requerida: _____

Información de contacto para soporte y asistencia

Para hablar con alguien en el departamento de facturación con respecto a la asistencia financiera, llame a cualquiera de los siguientes números de teléfono:

Nombre	Número de teléfono	Dirección de correo electrónico
Amy Jensen	605-444-9711	amy.jensen@lifescapesd.org
Lisa Amundson	605-444-9723	lisa.amundson@lifescapesd.org
Línea telefónica general	605-444-9700	Fax: 605-444-9706

Las aplicaciones completadas pueden enviarse por fax o por correo electrónico.

Nuestra dirección es:
Centro de Rehabilitación de LifeScape
A la atención de: Lisa Amundson
1020 W 18th St.
Sioux Falls SD 57104

Solicitud de participación

La prueba de identificación, los ingresos y los bienes deben acompañar esta solicitud.
Envíe copias de todos los documentos solicitados.

NO envíe documentos originales, ya que no serán devueltos

Sección I - Información personal

Nombre del paciente (Apellido, primer nombre, segundo nombre)			
Dirección de calle			
Ciudad (*): Estado (*): Código postal			
Número de teléfono			
Fecha de aplicación		Número de seguro social	
Fecha de servicio		Fecha solicitada de servicio	
Nombre del guaranador (si no es paciente)			Tamaño de la familia

Sección II - Criterios de Bienes

Bienes individuales	
Bienes familiares	
Bienes incluyen	
Efectivo	
Cuenta de ahorros	
Cuenta de cheques (banco o cooperativa de crédito)	
Certificados de depósito (CD / IRA / 401k)	
Equidad en bienes inmuebles (que no sea primario)	
Otros bienes (facturas del tesoro, papel negociable, acciones / bonos corporativos)	
Total	

**El tamaño de la familia incluye uno mismo, el cónyuge y cualquier menor de edad.
Una mujer embarazada se cuenta como dos.

Sección III- Criterios de ingresos

Al determinar la elegibilidad para la asistencia de atención hospitalaria, se deben usar los ingresos y bienes de un cónyuge para un adulto; el ingreso y los bienes de los padres deben usarse para un menor de edad

El comprobante de ingresos y los activos deben acompañar esta solicitud

El ingreso se basa en el cálculo de doce meses, tres meses o un mes de ingresos antes de la fecha del servicio (lo que sea para beneficio de los solicitantes).

El ingreso bruto del paciente / familia es igual al menor de los siguientes:

Los últimos 12 meses o los últimos 3 x 4 o los últimos 3 meses x 12

Fuentes de ingresos

	Semanal	Mensual	Anual
Salarios antes de la deducción			
Asistencia pública			
Beneficios de Seguro Social			
Desempleo / compensación laboral			
Beneficios de veteranos			
Pensión alimenticia / Manutención de los hijos			
Otro apoyo monetario			
Pagos de pensión			
Dividendos / interés			
Ingresos de alquiler			
Ingresos netos del negocio (autoempleados necesita verificación independiente).			
Otros (beneficios de huelga, estipendios de capacitación, asignación familiar militar, ingresos de propiedades y fideicomisos).			
Total			

Sección IV - Certificación por el solicitante

Entiendo que la información que presento está sujeta a variación por parte de la instalación de atención médica apropiada y de los gobiernos federales o estatales. La tergiversación deliberada de estos hechos me hará responsable de todos los cargos del hospital y estará sujeto a sanciones civiles.

Si así lo solicita el centro de atención médica, solicitaré asistencia médica gubernamental o privada para el pago de la factura.

Certifico que la información anterior sobre el tamaño, los ingresos y los bienes de mi familia es verdadera y correcta.

Entiendo que es mi responsabilidad informar al hospital de cualquier cambio en el estado de mis ingresos o bienes.

Firma del paciente o garante _____ Fecha _____

Cuestionario financiero del centro médico LifeScape

I. Bienes

Nombre del banco		Ubicación	
Cuenta de cheques #		Balance	
Cuenta de ahorros # saldo		Balance	
Otros bienes		Balance	
		Balance	
		Balance	
Los bienes totales			

II. Número total de dependientes (incluido usted) _____

Los nombres de los dependientes Los números de seguro social y fechas de nacimiento

Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

¿Este servicio se debe a una lesión relacionada con el trabajo o el automóvil? No Si

¿Está actualmente pendiente S.S.I No Sí

Fecha de aplicación _____

¿Hay un litigio pendiente? No Si

Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por LifeScape y gobiernos federales y estatales. La tergiversación voluntaria de estos hechos me hará responsable de todos los cargos del hospital. Si así lo solicita LifeScape, solicitaré asistencia gubernamental o privada para el pago de esta factura hospitalaria. Además, entiendo que LifeScape llevará a cabo una verificación de crédito con los asociados de la oficina de crédito para ayudar a determinar mi capacidad de pago.

Certifico que la información anterior sobre el tamaño, ingresos y asistencia de mi familia es verdadera y correcta

Firma del paciente / garante

Fecha

Cónyuge / poder (Proporciona documentación necesaria)

Fecha



LifeScape

Creando Caminos. Mejorando Vidas.

A quien pueda referirse:

Yo / nosotros autorizamos y solicitamos la divulgación de LifeScape, su agente, representante o portador para inspeccionar, revisar, copiar incluyendo copias de todos los registros pertenecientes a mi edad, residencia, ciudadanía, empleo, recursos de ingresos, registros de salud y cualquier otra copia de Photostat. beneficios de Seguro Social. Se entiende que la información obtenida se utilizará para fines directamente relacionados con mi elegibilidad para la atención de caridad.

Las copias de Photostat de esta autorización se considerarán tan válidas como el original.

Firma del paciente / garante

Fecha

La asistencia hospitalaria es gratuita o de costo reducido y se brinda a los pacientes que reciben servicios de paciente interno o externo. La asistencia hospitalaria y la atención de cargo reducido están disponibles solo para la atención hospitalaria necesaria y no cubren a los médicos ni a los medicamentos recetados.

Firma del paciente / garante

Fecha



LifeScape

Creando Caminos. Mejorando Vidas.

A quien pueda referirse:

Yo, _____ atestiguo que proporciono (d) la habitación, el tablero y otros elementos esenciales de la vida necesarios para _____ en mi residencia _____

De ___/___/___ a ___/___/___ O presente. (Indique cuál)

Mi relación con el (los) paciente (s) indicado (es) es la de:

Entiendo que firmar esto no me hace financieramente responsable de ninguna deuda y que este formulario solo establece ayuda.

Firma del paciente / garante

Fecha

Número de teléfono: (____) _____

Tenga en cuenta: la persona que firma esta atención también debe incluir una copia de su identificación.



LifeScape

Creando Caminos. Mejorando Vidas.

Por favor, firme todas las declaraciones aplicables

Doy fe de que no tengo ingresos y no he tenido ingresos de ___/___/___ A ___/___/___

Firma del paciente / Garante

firma del cónyuge/otra

fecha

Doy fe de que no tengo bienes como figuran en mi solicitud de atención de caridad a través de mí o de terceros. Esto también se aplica a cualquier menor de edad en el hogar

Firma del paciente / Garante

firma del cónyuge/otra

fecha

Atestiguo que no tengo hogar y que he quedado sin hogar desde ___/___/___

Firma del paciente / Garante

firma del cónyuge/otra

fecha

Doy fe de que no tengo cobertura médica a través de mí o de terceros para cubrir el monto pendiente de esta factura.

Firma del paciente / Garante

firma del cónyuge/otra

fecha

Doy fe de que no he presentado ninguna declaración de impuestos sobre el año (s)
o ___/___/___ a ___/___/___

Firma del paciente / Garante

firma del cónyuge/otra

fecha