



SERIOUS MEDICINE. EXTRAORDINARY CARE.™

Guarantor Name
Address
City, State, Zip

Fecha: Today's Date

Nombre (First, Middle, Last)	Responsible Party ID #:	Devuelva:
------------------------------	-------------------------	-----------

Nebraska Medicine se compromete a proporcionar atención médica a los pacientes que pudieran no tener suficientes recursos financieros disponibles. Si reúne los requisitos para recibir asistencia, una parte de su cuenta (s), hasta el 100%, puede ser perdonada. Usted no será responsable por la cantidad que se le perdona. Nebraska Medicine administra este programa de asistencia de una manera que no discrimina por motivos de raza, credo, color, sexo, origen nacional, religión o edad.

Instrucciones: Complete la aplicación en su totalidad. La solicitud debe incluir copias de cualquiera de los siguientes documentos que le aplican a usted. Por favor adjunte copias y no originales, Nebraska Medicine no puede garantizar la devolución de los documentos enviados con la aplicación. **Si falta alguno de los documentos, se retrasará el procesamiento de su aplicación y / o puede dar lugar a la denegación de la aplicación dejándolo responsable de la totalidad del saldo.**

Envíe la aplicación y los documentos a:

Nebraska Medicine
Attn: Patient Access – Financial Counseling
987530 Nebraska Medical Center
Omaha, NE 68198-7530

1. Si tiene ingresos:

Adjuntar una copia de su más reciente IRS/declaración de impuestos 1040 y anejos apropiados

Si no presentó una declaración de impuestos federales, usted debe:

- Declarar por escrito que usted no está obligado a declarar impuestos y la razón (enviarla con la aplicación)
- Envíenos una copia de la última declaración de impuestos federales de cualquier persona que lo reclamó a usted como dependiente

Adjunte prueba adicional del ingreso anual de su familia, pueden incluir:

- Seguro Social 1099 o cartas de concesión
- Desempleo o cartas de otorgamiento de compensación de los trabajadores
- Los últimos dos talones de pago (propio, cónyuge y otros que residen en el mismo hogar)
- Si usted trabaja por cuenta propia, debe incluir un anexo C y/o una declaración de ganancias y pérdidas
- Manutención o pensión alimenticia
- Snap (Cupones de Alimentos), cartas de asistencia de calefacción o vivienda

2. Si usted no tiene ingresos:

si no tiene ingresos, envíe una carta de apoyo. La persona que le ofrece apoyo debe firmar la carta y certificarla por notario.

3. Prueba de Dinero en Efectivo Disponible

- cuentas de cheque y / o de ahorros
- acciones, bonos, certificados de depósito (CD), cuentas de interés de alto rendimiento, o anualidades
- cualquier otras inversiones, incluyendo bienes raíces
- Cuentas de Ahorro de Salud (HSA), Cuentas de Ahorros de Cuentas Médicas (MSA, arreglos flexibles para gastos (FSA) o arreglos de Reembolso de Salud (HRA)

4. Carta de Denegación de Asistencia Médica

Basado en la evaluación financiera inicial, pudiera necesitar aplicar por Asistencia Médica (Medicaid, Discapacidad y / u otros programas disponibles) y enviar una copia de su carta de rechazo antes de que podamos aprobar su aplicación. Aunque la ayuda

financiera podrá ser aprobada por los servicios, se le puede pedir completar las aplicaciones de asistencia médica en cualquier momento durante el proceso.

Nombre Primero, Segundo, Apellido)	Responsible Party ID #:	Devuelva:
---	--------------------------------	------------------

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION FORM

Nombre de la Persona Responsable:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
# de Teléfono durante el día:	Tamaño de Familia (Paciente, Conyugue y Dependientes):		
Estado Civil:			
Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Trabaja por su Cuenta <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante			
Nombre de Empresa:			
Duración de Empleo:	Fecha de Desempleo/Tiempo: (Month, DD, YYYY)		

Nombre de Conyugue/Pareja:			
Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Trabaja por su Cuenta <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante			
Nombre de Empresa:			
Duración de Empleo:	Fecha de Desempleo/Tiempo: (Month, DD, YYYY)		

Dependientes (si tiene más de 5 dependientes use otra página)		
Nombre completo	Relación	Fecha de Nacimiento (Mes, Día, Año)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

¿Tiene seguro médico?..... Sí No

En caso **afirmativo**, adjunte una copia anverso y reverso de su tarjeta (s) de seguro.

¿Ha aplicado para Medicaid/discapacidad u otra ayuda del gobierno en los últimos 6 meses? Sí No

En caso **afirmativo**, adjunte una copia de la carta de rechazo o prueba de elegibilidad.

Servicios relacionados con un accidente de auto, compensación de trabajadores, o de tercero litigios por favor suministrar el nombre del abogado y / o del representante e información de contacto:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Tipo de Caso:

Ingreso Mensual del Hogar: Ingreso mensual para usted y otros miembros de su hogar. Adjuntar una copia de su más reciente IRS/declaración de impuestos 1040 y anejos apropiados (vea lista de documentación).

	Usted	Conyugue y/o otros miembros del hogar		Usted	Conyugue y/o otros miembros del hogar
Salario	\$	\$	Desempleo	\$	\$

Trabaja por su cuenta	\$	\$	Compensación Laboral	\$	\$
Pensión o Jubilación	\$	\$	Pensión Alimenticia	\$	\$
Dividendos o Interés	\$	\$	Manutención	\$	\$
Rentas y Regalías	\$	\$	Otro	\$	\$

Gastos Mensuales del Hogar y Médicos: Escriba N/A para cualquier ítem que no le pertenecen a usted. Use otra página para gastos adicionales					
	Balance No Pagado	Pago Mensual		Balance No Pagado	Pago Mensual
Hipoteca	\$	\$	Agencias de Colección	\$	\$
Arriendo	\$	\$	Tarjetas de Credito	\$	\$
Prestamos	\$	\$	Servicios Públicos	\$	\$
Gastos Médicos	\$	\$	Comida	\$	\$
Drogas Prescritas	\$	\$	Seguro de Auto	\$	\$
Cuidado de Niños	\$	\$	Seguro de Vida	\$	\$
Teléfono	\$	\$	Seguro Médico	\$	\$
Otro	\$				

Recursos del hogar disponibles: Adjunte copias de sus cuentas de uso doméstico para el último mes con esta aplicación.

¿Usted u otros miembros de su familia tiene una cuenta bancaria? Sí No

En caso afirmativo, adjunte el estado de cuenta mensual más reciente. Marque los tipos de cuentas que tiene:

Cheque Ahorros Mercados de Dinero Certificados de Depósito (CD) Cuentas de Ahorro de Salud (HSA, FSA, MSA, HRA)

¿Tiene algunas acciones, bonos u otras inversiones? Sí No

En caso afirmativo, adjunte copias de las declaraciones más recientes.

Vehículos de Motor: Propio Alquiler (marque uno) Marca _____ Modelo _____ Año _____
 Marca _____ Modelo _____ Año _____

Certifico que toda la información indicada en este documento es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que la información se va a utilizar para determinar mi capacidad de pagar por los servicios, proporcionados a mí por Nebraska Medicine. Por la presente autorizo al personal de Nebraska Medicine a recibir, liberar o intervenir en la información financiera, para investigar la información contenida en el presente documento. Investigar incluirá el contacto, mediante comunicación por escrito o por teléfono, de aquellas personas, empresas, corporaciones, etc. indicados por usted en este documento de información financiera. La investigación también puede incluir una verificación de crédito. Yo libero el personal del hospital designado y todas las partes que suministran información a petición del personal del hospital de cualquier responsabilidad por actos de comisión u omisión, las comunicaciones o divulgaciones que se realizan en conformidad con dicha investigación. Entiendo que la presentación de información falsa me descalificará automáticamente para cualquier tipo de asistencia.



SERIOUS MEDICINE. EXTRAORDINARY CARE.®

Firma de Persona Responsable _____ Fecha: _____

Firma del Conyugue _____ Fecha: _____