

## ANEXO B

### SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA E INSTRUCCIONES

1. Complete la solicitud de ayuda económica.
2. Incluya todos los ingresos y los gastos mensuales en los espacios provistos.
3. Proporcione la comprobación de sus ingresos, incluidos:
  - a) los 2 últimos comprobantes de pago, O BIEN, el W-2 más reciente;
  - b) estados de cuenta bancarios más recientes
  - c) la declaración de impuestos más reciente;
  - d) cartas de concesión de beneficios o formularios 1099 o extractos bancarios que muestren el seguro social, la discapacidad, la compensación de trabajadores o los beneficios administrativos para veteranos;
  - e) copias de cartas de concesión de beneficios o formularios 1099 que muestren el desempleo, la jubilación\* o los beneficios de pensiones;
  - f) prueba de activos que puede incluir, entre otros, cuentas corrientes, de ahorro, de inversiones, de haberes y de jubilación de los tres meses más recientes;
  - g) verificación del estado de empleo por cuenta propia y de los ingresos recibidos:
    - (1) recibos de clientes,
    - (2) impuesto federal sobre la renta del año más reciente, incluyendo el calendario adecuado que muestre los ingresos del empleo por cuenta propia, S-corp u otras entidades de ese tipo.
4. Proporcionar copia de la carta de denegación de Medicaid.
5. Firme la solicitud de ayuda económica.

Si no tiene ingresos, tendrá que proporcionar una explicación de cómo hace frente a sus gastos de la vida diaria.

\*Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al (859) 239-2333 o acuda a un Asesor Financiero en 217 South Third Street, Danville, KY 40422, de lunes a viernes entre las 8:00 a. m y las 5:00 p. m.

**Envíe por correo la solicitud completada y los documentos a:**  
**Ephraim McDowell Health, Inc.**  
**217 South Third Street**  
**Danville, KY 40422**  
**ATTN: Asesor Financiero (*Financial Counselor*)**

Una vez que hayamos recibido toda la información y la documentación solicitada, tomaremos una determinación y notificaremos por correo en un plazo de 30 días la elegibilidad para participar en el Programa de Ayuda Económica.



Nombre de la parte responsable: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de SS: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del cónyuge: \_\_\_\_\_  
 N.º de SS del cónyuge: \_\_\_\_\_  
 Seguro principal: \_\_\_\_\_ N.º de ID: \_\_\_\_\_ Persona asegurada: \_\_\_\_\_  
 Seguro secundario: \_\_\_\_\_ N.º de ID: \_\_\_\_\_ Persona asegurada: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro del núcleo familiar	Relación	N.º de SS	Edad
--	----------	-----------	------

(Utilice la parte de atrás de la hoja para incluir a otros miembros del núcleo familiar) Número de personas en el núcleo familiar (incluido el paciente) \_\_\_\_\_

**EMPLEO:**  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Duración del empleo o fecha de contratación: \_\_\_\_\_  
 Empleador del cónyuge: \_\_\_\_\_ Duración del empleo o fecha de contratación del cónyuge: \_\_\_\_\_

**INGRESOS BRUTOS:** Mensuales (\$)

Salario bruto por el sueldo de la parte responsable o del paciente /W2..... \_\_\_\_\_  
 Salario bruto por el sueldo del cónyuge y los hijos /W2..... \_\_\_\_\_  
 Pensión por divorcio..... \_\_\_\_\_  
 Seguro Social ..... \_\_\_\_\_  
 SSI/Discapacidad/K-Tap..... \_\_\_\_\_  
 Desempleo..... \_\_\_\_\_  
 Pensión..... \_\_\_\_\_  
 Cupones para alimentos..... \_\_\_\_\_  
 Otros ingresos (p. ej., inversiones, compensación de trabajadores): Sí/No (marque uno) Si la respuesta es afirmativa, haga una lista: \_\_\_\_\_  
 TOTAL DE INGRESOS MENSUALES..... \$ \_\_\_\_\_

**GASTOS:**

Renta/hipoteca..... \_\_\_\_\_  
 Alimentos y materiales..... \_\_\_\_\_  
 Servicios públicos..... \_\_\_\_\_  
 Teléfono..... \_\_\_\_\_  
 Cuidado de niños..... \_\_\_\_\_  
 Primas de seguros (automóvil, médico, dental, vida, hogar, etc.) ..... \_\_\_\_\_  
 Medicamentos recetados..... \_\_\_\_\_  
 ¿Otros gastos? Sí/No (marque uno) Si la respuesta es afirmativa, haga una lista: \_\_\_\_\_  
 TOTAL DE GASTOS MENSUALES..... \$ \_\_\_\_\_

**RECURSOS:**

Cuentas corrientes y de ahorro..... \_\_\_\_\_  
 Valor de acciones y bonos..... \_\_\_\_\_  
 Propiedades inmobiliarias aparte de la vivienda principal: Valor \_\_\_\_\_ Saldo adeudado \_\_\_\_\_  
 ¿Otros recursos? Sí/No (marque uno) Si la respuesta es afirmativa, haga una lista: \_\_\_\_\_  
 TOTAL DE RECURSOS..... \$ \_\_\_\_\_

Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es correcta y verdadera a mi saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa o si oculto información al solicitar la ayuda, mi solicitud puede ser denegada y Ephraim McDowell puede buscar el cobro de todo saldo pendiente adeudado. En ese caso, puedo ser objeto de enjuiciamiento por fraude. Acepto notificar a EMH los cambios en la información proporcionada en este formulario, incluida la dirección, el número de teléfono y los ingresos.

_____ (FIRMA DE LA PARTE RESPONSABLE)	_____ (FECHA)	<b>SOLO PARA USO DE LA OFICINA</b>
_____ (FIRMA DEL CÓNYUGE)	_____ (FECHA)	Discount % Approved _____
		Date Submitted _____
		FC Signature _____
		Approval Signature _____
		Date Approved _____



**DECLARACIÓN DE INGRESOS**

Entiendo que la falsificación intencionada de información relativa al tamaño de mi núcleo familiar y/o los ingresos resultará en la denegación. Seré responsable de los cargos por los servicios prestados.

Tamaño del núcleo familiar \_\_\_\_\_

Ingresos totales del núcleo familiar \$ \_\_\_\_\_ (mensuales)

\_\_\_\_\_ tiene CERO ingresos por rendimiento del trabajo desde \_\_\_\_\_.  
Nombre del paciente Fecha



Certifico que la información a la que se hace referencia anteriormente es correcta a mi entender.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_