

A

Información del paciente: *complete esta sección para obtener información sobre el paciente que recibe la atención.*

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

B

Datos personales e información sobre los miembros del hogar

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Tiempo completo  Medio parcial  Jubilado  Discapacitado  No trabaja actualmente

Miembros del hogar

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Parentesco: yo mismo

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Parentesco: cónyuge o comp.  
sentimental Otro: presentan la declaración de impuestos en conjunto Sí No

3. Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Dependientes en su declaración de impuestos: Sí No

4. Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Dependientes en su declaración de impuestos: Sí No

5. Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Dependientes en su declaración de impuestos: Sí No

Use otra hoja para incluir a los demás miembros del hogar.

Únicamente para uso oficial

N.º de expediente médico del solicitante o ident. del garante

\_\_\_\_\_ N.º de expediente médico del cónyuge o ident. del garante

N.º de expediente médico del menor dependiente (si corresponde) \_\_\_\_\_

C

Ingresos por empleo en el hogar

Incluya **TODOS** los miembros del hogar que **tienen ingresos por empleo**.

Incluya otra hoja si es necesario.

Presente con su solicitud los 3 talones de pago más recientes de **TODOS** los que tienen ingresos por empleo.



Nombre del miembro del hogar	Parentesco con el solicitante	Ingreso bruto mensual (antes de deducciones)
		\$
		\$
		\$
<b>Ingreso bruto total mensual</b>		\$

**D** Otras fuentes de ingreso de los miembros del hogar  
 Brinde la información sobre ingresos, que no provengan del empleo, de todos los miembros del hogar si corresponde.

**E** Activos de los miembros del hogar

Otras fuentes de ingreso	Monto mensual
Pensión alimenticia o manutención infantil	\$
Ingresos provenientes de ayuda para el cuidado tutelar, ayuda municipal, ayuda de iglesias, etc.	\$
Seguro Social o Seguro Social por incapacidad	\$
Pensión	\$
Ingreso por alquiler de propiedad	\$
Anualidades, intereses y distribución de jubilación	\$
Desempleo o Compensación al Trabajador	\$
Otro (especifique)	\$
<b>Total de otras fuentes de ingreso</b>	\$

Tipo de activo	Total
Efectivo	\$
Cuenta de ahorros	\$
Cuenta de cheques	\$
Acciones	\$
Bonos	\$
Bonos de ahorro	\$
Certificados de depósito (CD)	\$
Cuentas de mercado monetario	\$
Fondos mutuos	\$
Fideicomisos	\$
Otro (especifique)	\$
<b>Total de otras fuentes de ingreso</b>	\$

**F Verificación de elegibilidad para seguro médico**

<p>1. ¿Ha solicitado o se le ha negado Medicare o Medicaid?</p> <p>1A. Parte A de Medicare 1B. Parte B de Medicare 1C. Parte C de Medicare 1D. Medicaid</p> <p>Si se le ha negado Medicaid, ¿la denegación se recibió en los últimos 90 días?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>	<p>3. ¿Su empleador o el empleador de su cónyuge le ofreció seguro médico grupal?</p> <p>4A. ¿Ha tenido cobertura desde los últimos 3 o 6 meses a través de su empleador?</p> <p><b>Si su respuesta es Sí, ¿tiene el seguro COBRA?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>2. ¿Está solicitando ayuda financiera por servicios relacionados con lo siguiente?</p> <p>2A. Accidente automovilístico 2B. Víctima de un delito 2C. Compensación al trabajador 2D. Otras lesiones (p. ej., resbalones y caídas)</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5. ¿Tiene otro seguro médico?</p> <p><b>Si su respuesta es Sí, proporcione la información del seguro.</b></p> <p>6. ¿Es usted un residente permanente y vive dentro del área de servicio de Sparrow Health System?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>

**G Autorización**

Por la presente doy mi autorización para que se divulgue la información que se encuentra en esta solicitud a Sparrow Health System, a fin de determinar mi elegibilidad para recibir ayuda financiera, de acuerdo con las políticas y procedimientos de Sparrow. Asimismo, doy mi autorización para que Sparrow verifique esta información, según sea necesario, como pedir un informe de la agencia crediticia, verificar el empleo o los ingresos y solicitar los documentos de respaldo correspondientes, entre otros. Toda la información y documentación de ingresos que he proporcionado en esta solicitud es verdadera, exacta y completa según se muestra. Si se determina en cualquier momento que la información que he proporcionado es falsa o inexacta, toda la ayuda financiera se revertirá y seré responsable del pago total e inmediato de todos y cada uno de los saldos pendientes. Asimismo, seré responsable del pago de cualquier monto adeudado después de aplicarse los descuentos de la ayuda financiera parcial.

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

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

**Proporcione copia(s) de comprobantes de ingresos o fuentes de ingresos correspondientes.**

- Si está empleado, los tres (3) talones de pago más recientes
- Estado de cuenta del seguro social, la pensión o la anualidad
- Declaración de impuestos del año anterior que incluya los Anexos 1 y C si corresponde
- Copia de ingresos o fuentes de ingresos adicionales
- Si no tiene ingresos, carta en la que indique cómo se suplen las necesidades básicas (alimentación, ropa y vivienda)