



FORMULARIO SOLICITUD Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD  
Programa de ayuda financiera de UMH-Sparrow  
1215 E. Michigan Ave  
Lansing, MI 48912  
517.364.6060  
Solicitud de ayuda financiera de salud rural

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del solicitante: \_\_\_\_\_

Información del paciente		
Primer nombre	Apellido(s)	Fecha de nacimiento

Gracias por su interés en nuestro programa de ayuda financiera UMH-Sparrow (SFAP). Junto con este mensaje encontrará el formulario de exención y la solicitud. La siguiente información es una lista de verificación de los documentos que necesita. Si está casado(a), asegúrese de incluir los documentos de su cónyuge. Además, le pueden solicitar que incluya documentos de otros miembros de su hogar.

	Documentación requerida
	Último Impuesto federal sobre la renta (Federal Income Tax) – Formulario 1040 páginas 1 y 2 solamente (incluir W2s o 1099s) <ul style="list-style-type: none"><li>• Si presenta un reclamo por impuestos de otra persona, envíe la información impositiva de la persona</li></ul>
	Copia del último talón de pago con ganancias a la fecha
	Otros documentos de ingresos, entre otros: <ul style="list-style-type: none"><li>• Ingresos del seguro social</li><li>• Manutención de menores</li><li>• Pensión alimenticia</li></ul>
	Copia de una identificación (licencia de conducir, licencia del estado o identificación militar)
	Verificación de necesidades básicas, si no tiene ingresos

Para que podamos devolverle la solicitud y los documentos:

- Escanee y envíe la información por correo electrónico (correo electrónico de asesoramiento financiero genérico pendiente)
- Envíe la información por correo postal a: UMH-Sparrow, Financial Counseling, dirección nueva
- Envíe la información por fax a:

Si tiene preguntas, puede comunicarse con el Asesor financiero de SFAP al 517.364.6060.



**FORMULARIO SOLICITUD Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD**  
**Programa de ayuda financiera de UMH-Sparrow**  
**1215 E. Michigan Ave**  
**Lansing, MI 48912**  
**517.364.6060**  
**Solicitud de ayuda financiera de salud rural**

Ingresos mensuales	Solicitante	Cónyuge (otro)
*Empleo	\$	\$
*Seguridad social	\$	\$
*Pensión/rentas anuales	\$	\$
*Otros ingresos	\$	\$
*IRA / 401K	\$	\$

Información familiar		
Nombre:	Parentesco:	Edad:



FORMULARIO SOLICITUD Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD  
Programa de ayuda financiera de UMH-Sparrow  
1215 E. Michigan Ave  
Lansing, MI 48912  
517.364.6060  
Solicitud de ayuda financiera de salud rural

**Nota aclaratoria**

Podemos solicitar un informe crediticio para verificar la información antes mencionada y, según las normas de privacidad, no podemos intercambiarla con partes externas. Su firma en la solicitud indica que usted está al tanto y aprueba el uso de este informe, y afirma que está brindando información correcta sobre sus ingresos, finanzas, ganancias, propiedad y cobertura de seguro. Si alguna parte de la información en su solicitud cambia, usted es responsable de actualizarla de manera inmediata ante UMH-Sparrow. Si no informa sobre tales cambios, o si existe un fraude o abuso, UMH-Sparrow puede descalificarlo del programa SFAP y hacerlo responsable de los costos médicos que tuvieron cobertura bajo SFAP.

Podemos imponer un derecho de retención en todo juicio futuro o pendiente o políticas de reembolso (por ejemplo: AFLAC) por servicios relacionados con el reembolso que usted recibe mientras tiene la cobertura de SFAP.

\*Coloque la inicial aquí para indicar que ha leído y que comprende esta nota aclaratoria: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante o representante legal: \_\_\_\_\_

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

**\*\* Para poder procesar su solicitud de manera oportuna, debe entregarla a la mayor brevedad posible.\*\***

UMH-Sparrow usará esta solicitud para ayudarle a resolver su obligación financiera. Toda la información que proporcione será confidencial.



FORMULARIO SOLICITUD Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD  
Programa de ayuda financiera de UMH-Sparrow  
1215 E. Michigan Ave  
Lansing, MI 48912  
517.364.6060  
Solicitud de ayuda financiera de salud rural

**Documentación de necesidades básicas**  
**Complete si va a informar que tiene cero ingresos.**

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

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

**Coloque la inicial en cada sección y firme donde se indica:**

\_\_\_\_\_ Yo no tengo ingresos actualmente

Por ingresos se entiende, entre otros, salarios por empleo, pagos por discapacidad, compensación por desempleo, pensión, rentas anuales, ingresos de rentas o seguridad social.

\_\_\_\_\_ Las siguientes personas o agencias se encargan de cubrir mis necesidades básicas (alimentos, vestimenta y vivienda):

\_\_\_\_\_

(enumere el nombre de las personas o las agencias que cubren las necesidades básicas).

\_\_\_\_\_ Autorizo a UMH-Sparrow a verificar que las siguientes personas o agencias cubren mis necesidades básicas.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante

\_\_\_\_\_

Fecha