



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

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"> Si presenta un reclamo por impuestos de otra persona, envíe la información impositiva de la persona
	Copia del último talón de pago con ganancias a la fecha
	Otros documentos de ingresos, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> Ingresos del seguro social Manutención de menores Pensión alimenticia
	Estado de cuenta bancaria actual de cuenta de cheques y de ahorro (si está casado/a, cuentas conjuntas y separadas)
	Copia de una identificación (licencia de conducir, licencia del estado o identificación militar)
	Antecedentes jubilatorios (IRA/401K/Pensión)
	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 DE SOLICITUD DESCARGO DE RESPONSABILIDAD
 Programa de ayuda financiera de UMH-Sparrow
 1215 E. Michigan Ave
 Lansing, MI 48912
 517.364.6060

Información financiera: *debe brindar verificación				
Ingresos mensuales	Solicitante	Cónyuge (otro)	Solicitante	Cónyuge (otro)
*Empleo	\$	\$	*Cuenta de cheques	*Cuenta de cheques
			<input type="checkbox"/> Si no tiene ninguna, marque aquí	<input type="checkbox"/> Si no tiene ninguna, marque aquí
			<input type="checkbox"/> Si tiene cuenta conjunta, marque aquí	
*Seguridad social	\$	\$	*Saldo \$	*Saldo \$
*Pensión/rentas anuales	\$	\$		
*Otros ingresos	\$	\$	*Cuenta de ahorros	*Cuenta de ahorros
			<input type="checkbox"/> Si no tiene ninguna, marque aquí	<input type="checkbox"/> Si no tiene ninguna, marque aquí
			<input type="checkbox"/> Si tiene cuenta conjunta, marque aquí	
			*Saldo \$	*Saldo \$
*IRA / 401K	\$	\$		

Información familiar		
Por información familiar se entiende las personas incluidas en una sola declaración de impuestos		
Nombre:	Parentesco:	Edad:



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

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

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