

Hospital River Bend Solicitud de Asistencia Financiera

Información del paciente

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número de Seguro Social	
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono	Correo electrónico (opcional)		Estado civil ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Viudo/a		
Situación laboral ☐ Empleado/a ☐ Trabajador/a por cuenta propia ☐ Desempleado/a ☐ Jubilado/a ☐ Discapacitado/a ☐ Estudiante		Nombre del empleador		Teléfono del empleador	
Tiempo en el empleo actual		Salario actual: (semana/mes/año)		Manutención de menores/Pensión alimenticia recibida (semanal/mensual)	
Otros ingresos mensuales: (mensual)					

Dependientes del hogar
Adultos y/o dependientes menores incluidos en su declaración federal de impuestos a quienes usted brinda más del 50% del sustento.

Nombre completo	Parentesco
1.	
2.	
3.	

Seguro

¿Actualmente tiene cobertura de seguro? (Las personas menores de 26 años pueden estar cubiertas por el seguro de sus padres)
☐ No ☐ Sí _____

¿Ha solicitado Indiana Medicaid en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, ¿cuál fue el resultado? ☐ Aprobado ☐ Denegado ☐ Pendiente ☐ No elegible

VII: Firma y fecha obligatorias	
Certifico que toda la información indicada es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que la información fraudulenta o engañosa me hará inelegible para recibir asistencia financiera. Autorizo al Hospital River Bend y a las entidades afiliadas a verificar la información proporcionada en esta solicitud, incluida la verificación de empleo e información financiera.	
Firma del paciente	Fecha de firma (mm/dd/aaaa)

Información adicional:	
Aprobado para asistencia financiera	Fecha de firma (mm/dd/aaaa)
Número de cuenta:	
Actualizado 2.2023	