



Atención: Garante/ Paciente

Por favor complete y devuelva la solicitud de ayuda financiera adjunta con la documentación para apoyar y validar ingresos, gastos y el tamaño de la unidad familiar. Solamente provea los artículos concernientes a su situación. Después de recibir la solicitud completa revisaremos su petición y le proporcionaremos una determinación final.

Por favor proporcione lo siguiente:

- Comprobante de ingresos
 - Comprobante de sueldo de los últimos sesenta (60) días de empleo de todos los miembros de la familia en el hogar, que reciben ingresos.
 - Si usted ha enumerado el seguro social como ingreso, por favor adjunte una copia de la carta de beneficios.
 - La cara de beneficios de compensación de desempleo mostrando la fecha inicial y final de los pagos.
 - Documentos de ingresos por alquiler de inmuebles con monto de ingresos y las condiciones de pago.
 - Carta de adjudicación de ingresos por beneficios de jubilación.
 - Copias de los cheques o documentos legales de la manutención o la pensión conyugal.
 - Trabajadores por cuenta propia: estados de ingresos de lo que va del año, así como también la información de la declaración de impuestos del año anterior.
- Una carta de necesidades básicas si alguien le está proporcionando ayuda financiera para satisfacer sus necesidades básicas (ejemplo: comida, alquiler o vivienda, servicios públicos) de un familiar o amigo con su nombre, dirección y número de teléfono.
- La declaración de impuestos 1040 – Federal y Estatal del año anterior. La declaración complete – no la W2.
- Prueba de dependientes – certificado de Nacimiento o tarjeta de seguro social si no aparece en la declaración de impuestos.
- Los dos (2) estados de cuentas bancarias más recientes con todos los detalles de TODAS las cuentas bancarias.
- Por favor proporcione una carta explicando su situación, sus ingresos potenciales y por cuanto tiempo podría ser necesaria la ayuda. Las cartas deben estar firmadas, con fecha y deben incluir un número de teléfono u otra forma en la que podamos contactarnos con usted si tenemos alguna pregunta.

Por favor devuelva la solicitud con todos los documentos e información requerida dentro de un plazo de diez días hábiles a la dirección que aparece a continuación.

Washington Regional Medical Center
PO Box 550
Lowell, AR 72745

Gracias,
Servicios de Negocios/ Beneficios Públicos
479-463-6000 o 479-463-7919



Antes de que esta solicitud sea considerada debemos tener una copia de su declaración de impuestos más reciente.

NO OLVIDE

DOS ESTADOS DE CUENTA COMPLETOS PARA TODAS LAS CUENTAS.

Solicitud de Asistencia

Nombre del Paciente _____ # De Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento: _____
Teléfono _____ Deireccion _____ Ciudad _____
Estado _____ Código Postal _____

Los Miembros Del Hogar:

Nombre	Edad	Relación con el paciente	Listado en impuestos	#De Seguro Social	Fecha de Nacimiento:
1. _____					
2. _____					
3. _____					

INGRESOS: Por Favor Enumere Los Ingresos Para Cualquier Miembro Adicional de la Familia:

Ingresos de los Últimos 12 Meses

Salario	_____
Trabajador Por Cuenta Propia / 1099 y Horario Apropriado.....	_____
Seguro Social	_____
Desempleo	_____
Compensación para Trabajadores.....	_____
Pensión Alimenticia	_____
Manutención de los Hijos.....	_____
Asignaciones Familiares Militares.	_____
Pensiones/ Jubilaciones	_____
Ingresos por Dividendos, Intereses, Alquileres, etc.	_____
Otro.....	_____

GASTOS: Enumere Todos los Gastos Solicitados a Continuación:

Costo Promedio

Mensualidad

Médicos y Dental.	_____	_____
Cuidado de Niños	_____	_____
Impuestos de Propiedad (si no está incluido en la hipoteca).....	_____	_____
Teléfono	_____	_____
Electricidad	_____	_____
Gas	_____	_____
Agua	_____	_____
Comida	_____	_____

Marque Uno:

Alquilar o Hipoteca..

OTROS GASTOS:

Total..... _____

AL FIRMAR ESTA SOLICITUD DE CRÉDITO, ACEPTO QUE WRMC SE CONTACTE CON MI EMPLEADOR, BANCO U OTRAS FUENTES, ASÍ COMO SOLICITAR UN HISTORIAL DE CRÉDITO CON EL FIN DE DETERMINAR MI ELEGIBILIDAD PARA LA AYUDA FINANCIERA. ENTIENDO Y RECONOZCO QUE, SI NO CALIFICO PARA LOS SERVICIOS BAJO LAS DIRECTRICES DE LA AYUDA FINANCIERA, SERÉ PERSONALMENTE RESPONSABLE DE LOS CARGOS DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR WRMC.

Firma de la Persona que Solicita Asistencia

Fecha