



A Información de Paciente: *Por favor llene esta sección sobre el paciente recibiendo atención médica.*

Nombre de paciente _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Número de Seguridad Social: _____ MRN: _____ Garante ID: _____

B Persona Responsable (Garante): *Por favor llene esta sección sobre la persona pagando la cuenta médica. I*

Nombre de persona responsable: _____
 Relación al Paciente: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Cod post.: _____ Condado: _____
 Empleador: _____ Tiempo completo Tiempo parcial

C Verificación de Elegibilidad de Seguro Medico

1. ¿Ha llenado una solicitud o sido negado para Medicare o Medicaid? 1A. Medicare Parte A 1B. Medicare Parte B 1C. Medicare Parte C 1D. Medicaid Si fue negada para Medicaid, ¿e dentro de las últimas 90 días?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	3. ¿Su empleador o el empleador de su esposo ofrece seguro médico de grupo? 4A. ¿Ud. fue cubierto en las últimas 3 a 6 meses por su empleador? Si la respuesta es "sí", ¿es COBRA disponible?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2. ¿Está pidiendo asistencia financiera para servicios relacionado a: 2A. Accidente de Vehículo Motor 2B. Víctima de Crimen 2C. Compensación al Trabajador 2D. Otra Herida (ej. Una caída)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	5. ¿Tiene otro Seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí", por favor, provee la información del seguro médico:	
		6. ¿Ud. es residente permanente quien vive dentro del área de servicio del Sistema de Salud de Sparrow?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí



D Miembros del Hogar & Ingresos del Hogar

¿Cuántas personas están en su hogar?: _____

Por favor aliste cualquier miembro del hogar quien gana un ingreso (adjunte otra hoja si sea necesario):

Nombre del Miembro de Hogar	Relación al Solicitante	Ingreso Bruto Mensual (antes de deducciones)
		\$
		\$
		\$
Ingreso Bruto Mensual Total		\$

E Otros Ingresos del Hogar (No Laborales)

Otros Fuentes de Ingresos	Cantidad por Mes
Manutención de Niño/ Pensión Alimenticia	\$
Cuidado Tutelar, Fideicomisario, Ingreso de Iglesia, etc.	\$
Pensión, Seguro Social, Seguro Social por Incapacidad	\$
Propiedad de Alquiler	\$
Anualidades, Interés, Distribución de Retiro	\$
Desempleo o Compensación al Trabajador	\$
Otra cosa (<i>Por favor especifique</i>)	\$

F Bienes Familiares

Tipo de Activo	Total
Efectivo	\$
Cuenta de Ahorro	\$
Cuenta Corriente	\$
Acciones	\$
Bonos	\$
Bonos de Ahorro	\$
Certificados de Depósito (CD)	\$
Cuentas del Mercado Monetario	\$
Fondos de Inversión	\$
Fideicomiso	\$
Otra cosa (<i>Por favor especifique</i>)	\$
Suma de Otros Ingresos	\$



G Gastos Mensuales del Hogar

Gastos Mensuales	Cantidad por Mes
Alquiler	\$
Hipotecario	\$
Manutención de Niño	\$
Comestibles	\$
Pago del Vehículo	\$
Facturas Generales	\$
Suma de Gastos Mensuales	\$



H Autorización

Por la presente autorizo el revelado de la información contenido en esta solicitud al Sistema de Salud de Sparrow para la determinación de mi estado de elegibilidad para asistencia financiera en acuerdo con las políticas y procedimientos de Sparrow. Autorizo a Sparrow a verificar esta información si sea necesario, que puede incluir, pero no está limitado a, obtener un reportaje de la agencia de créditos, verificar trabajo y/o ingreso, y obtener documentos apropiados de apoyo. Toda la información y documentación de ingreso que he proporcionado en esta solicitud es cierto, preciso y completo como mostrado. Si se determina a cualquier tiempo que la información que yo he proporcionado fue falsificado o inexacto, toda la asistencia financiera va a ser revocada y voy a aceptar responsabilidad para el pago completo e inmediato de cada y todos los saldos pendientes. También estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad de pago para cualquier cantidad debido tras descuentos parciales de asistencia financiera.

Nombre escrito: _____ Relación al Paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____