

## Solicitud para ayuda financiera del Centro de Salud Ballad (Ballad Health Center)

Pecha:

Nombre del paciente:

N° Seguro Social:

Pecha de nacimiento:

N° del Garante:

N° de Cuentas:

**Por favor adjunte toda la documentación necesaria del listado, firme y envíe los documentos a la dirección escrita en la parte de abajo. La documentación debe incluir a todos los miembros del hogar. \*Adjunte la información de los padres si el paciente tiene menos de 18 años y/o si el dependiente es estudiante de tiempo completo y declara sus impuestos junto con sus padres.**

### **Documentación necesaria (\*NO envíe los documentos originales\* Por favor use tinta negra)**

- Si usted es desempleado o no tiene ingresos, usted debe proveer verificación de su circunstancia. La verificación puede ser un documento escrito por un doctor, pastor, o abogado en hoja membretada. Si usted tiene un Suplemento o una petición del Seguro Social, por favor provea una carta del Seguro Social o de un abogado de discapacidades.
- Si usted tiene un empleo, usted debe proveer la W-2, el talon de pago corriente y de los 2 meses anteriores. Una carta de su empleador en una hoja membretada en caso de que la W-2 y/o los talones de pago no estén disponibles.
- Se requiere la declaración de impuestos federales, actuales y anteriores. En caso de que usted sea jefe propio, proporcione el horario C<sup>1</sup>.
- Si usted no ha declarado impuestos en los últimos dos años, por favor llene y envíe el Formulario 4506-EZ al IRS (Servicio de Rentas Internas) para obtener verificación de que usted no declara impuestos, o visite la página [www.irs.gov](http://www.irs.gov) y pida una transcripción de no presentación de impuestos. Si usted no tiene servicios de internet puede enviar su Formulario 4506-EZ por correo o fax a la dirección/numero detallados en la segunda página de su estado. Para más información por favor visite la página [www.irs.gov](http://www.irs.gov).
- Si usted es un beneficiario del Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, Seguro Social por incapacidad, Pensión de veterano o militar, usted deberá proveer verificación de su ingreso. Esta verificación puede ser realizada al entregar la copia más reciente de un cheque o una carta del gobierno identificando el monto que usted recibe. Si sus hijos menores de edad también reciben un cheque, usted también deberá proveer una verificación de sus ingresos.
- Si usted recibe un cheque de jubilación, una pensión, una anualidad, incapacidad de corto/largo plazo, compensación laboral, usted deberá proveer una prueba de tales ingresos. Esta verificación puede ser realizada al entregar la copia más reciente de un cheque o una carta proveniente de la fuente de ingresos.
- Si usted recibe cupones para alimentos o AFDC (Ayuda para Niños dependientes) deberá proveer una carta de certificación.
- Si usted recibe una manutención para menores, pensión alimenticia o conyugal, o si recibe cualquier otro tipo de ayuda de! padre/madre de su hijo/a ( en caso de que los padres no vivan en la misma casa), usted deberá proveer una verificación de la fuente de ingresos. Esta verificación puede ser realizada al entregar una copia de la orden de manutención infantil o del decreto de divorcio.
- Si usted no tiene trabajo y recibe beneficio de desempleo, usted deberá proveer una verificación del monto que recibe. Esta verificación puede ser realizada al entregar una copia de la carta de aprobación de beneficio de desempleo.

<sup>1</sup> Horario C: Formulario 1040 de pérdidas y ganancias

- Si usted esta separado y/o esta en el proceso de divorcio usted debera proveer prueba legal de la separación; caso contrario necesitaríamos la información de su esposo/a.
- Si sus egresos son mayores a su ingreso, usted debera proveer una verificación de coma cubre sus gastos mensuales. Esta verificación pueden ser cartas de sus familiares, amigos, iglesia u otra organización detallando su ayuda. Si usted esta utilizando tarjetas de credito, avances de efectivo, prestamos para cubrir sus gastos mensuales, usted debera proveer un copia de los estados de cuenta mas recientes de estos items.
- Prueba del valor en efectivo de las acciones, bonos, o 401K<sup>2</sup>.
- Haga una lista de todos sus activos coma, por ejemplo, propiedad inmobiliaria, ingresos por alquiler, bienes raices e inversiones, vehiculos, bates, vehiculos recreacionales, etcetera.
- Provea la copia mas reciente del estado de cuenta corriente, ahorros, ahorros de salud (HSA) o certificado de depósitos, de usted y de su esposo/a. Incluya todas las paginas del estado de cuenta. Si la cuenta del banco ha sido cerrada, por favor provea una carta del banco indicando que la cuenta ha sido cerrada.
- Una copia del reporte policial en caso de estar involucrado en un accidente automovilistico.
- Prueba de que los beneficios a terceros han sido agotados.
- Carta de aprobación o negación de Medicaid, en caso de que aplique.

### **Determinando su elegibilidad**

El centro de salud Ballad determinara su elegibilidad de ayuda financiera basandose, en primer lugar, en el Lineamiento del Ingreso Federal de Pobreza. Las solicitudes aceptadas seran usadas en las cuentas del centro de salud Ballad **UNICAMENTE**.

### **Cobranza Continua Durante el Proceso de Solicitud**

Por favor tome en cuenta que las acciones de cobranza extraordinarias en su cuenta seran suspendidas mientras se considera la solicitud completa de donación. Usted tendra 30 dias desde la fecha en la que la solicitud de ayuda financiera fue realizada para proveer toda la documentación correspondiente o su cuenta sera liberada para facturación. Si los documentos requeridos no se proveen con los estados de cuenta financieros y/o hay una falsificación en cualquier parte de la solicitud, su solicitud sera rechazada. El centro de salud Ballad se reserva el derecho de revocar su decision de ayuda financiera en caso de que se le presente información en la que se indique que el paciente/garante tiene o tenia la habilidad de pagar por los servicios y la ayuda financiera no debia ser otorgada.

En caso de que necesite ayuda completando esta solicitud, por favor visite alguna instalación u oficina del centro de salud Ballad o llame al 888-288-5174, de Junes a viernes de 8:00 am a 4:30 pm.

**Direccion de correo:** Ballad Health  
 Attn: Document Imaging  
 11511 Reed Hartman HWY  
 Blue Ash, OH 45241

<sup>2</sup> 401K: Plan de jubilación

**Informacion del Paciente/Responsable legal (en letra imprenta)**

Nombre Completo de! Paciente		Fecha de Nacimiento	Responsable legal (Esposo/a, apoderado, garante)	
Direccion de! domicilio		Codigo Postal	Cuidad	
N° de Seguridad Social	N° de telefono		Casado/a ( ) Separad o/a ( )	Soltero/a ( ) Divorciado/a ( )
Dueno de casa ( )    Alquila ( ) Nombre de! propietario		Saldo de la Hipoteca	Valor aproximado \$	
Empleador (Nombre y Direccion) <input type="checkbox"/> Desempleado		N° de telefono	Empleado desde	Ingreso Mensual
L,Su empleador ofrece seguro medico?    Si ( )    No ( ) En el caso de que lo ofrezcan pero usted no esta suscrito, por favor indique la raz6n.				
/Tiene usted alguna discapacidad?    No ( )    Si ( )    / Por cuanto tiempo la ha tenido? _____ L,Es usted <b>un</b> veterano de guerra? No ( )    Si ( )    Division militar: _____				
L,Alguna de las facturas en la lista es debida a <b>un</b> accidente automovilistico o algun otra lesion personal? Si ( )    No ( ) Si es asi, por favor denos la siguiente informacion: Compaiiia de Seguro/abogado/persona causante de! perjuicio: N° de poliza: _____ Nombre de! Agente: _____ N° de telefono: _____ N° de fax: _____				

**Informacion de su Esposo/a**

Nombre	N° de Seguridad Social	L,Su empleador ofrece seguro medico? No( ) Si( ) En el caso de que lo ofrezcan pero usted no esta suscrito, por favor indique la raz6n.		
Empleador (Nombre y Direccion) <input type="checkbox"/> Desempleado	N° de telefono		Empleador desde	Ingreso Mensual

**Dependientes**

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relacion	Nombre	Fecha de Nacimiento	Relacion

Gastos Mensuales		Gastos Mensuales		Ingresos Mensuales		Activos	
Pago Hipotecario/Renta	\$	Pago del Carro	\$	Paciente	\$	Cuenta Corriente	\$
Electricidad	\$	Prestamo al banco	\$	Esposo/a	\$	Cuenta de Ahorros	\$
Agua	\$	Financiamiento	\$	Dependiente(s)	\$	Ahorros de Salud	\$
Telefono/Cell	\$	Tarjetas de Credito	\$	Seguro Social	\$	Certificado de Depósitos	\$
Gastos Alimenticios	\$	Medicamentos	\$	Incapacidad	\$	Plan de jubilación	\$
Vestimenta	\$	Cable TV	\$	Desempleo	\$	Terreno/Propiedades aparte de su casa	\$
Seguro de Auto-Casa	\$	Seguro de Casa	\$	Manutención del Niño/a	\$	Otra	\$
Seguro de vida y entierro	\$	Seguro Medico	\$	Ingreso de Rentas	\$		
Gastos Hospitalarios	\$	Honorarios Medicos	\$	Ayuda Publica	\$		
Manutención/Soport	\$	Otro (Especifique)	\$	Manutención Conyugal	\$		
Guarderia	\$	Otro (Especifique)	\$	Cupones para Alimentos	\$		
		<b>Total de Gastos:</b>	\$	Compensación Laboral	\$		
				Pension Militar	\$		
				Dividendos, Intereses	\$		
				Pension es	\$		
				Otros Ingresos	\$		
				<b>Total de Ingresos</b>	\$		

  

Activos Adicionales	
Auto# 1	\$
Auto# 2	\$
Motocicleta # 1	\$
Motocicleta # 2	\$
Bote	\$
Vehiculo Recreacional	\$

  

**IN** de persona en su hogar: \_\_\_\_\_

Declaración del candidato: Por medio de la presente, certifico que la información en este formulario es correcta y verdadera según mi legal saber y ningún ítem pertinente de esta información ha sido ocultado u omitido. También entiendo que el centro de salud Ballad (Ballad Health Center) se reserva el derecho de revocar su decisión de ayuda financiera en caso de que se le presente información en la que se indique que el paciente/garante tiene o tenía la habilidad de pagar por los servicios. Doy permiso a que el centro de salud Ballad acceda a mi historial crediticio y de mi información financiera a aquellas compañías contratadas por el centro de salud Ballad con el propósito de programas de recuperación financiera o de productos en los cuales yo podría ser elegible.

Firma del Paciente/Representate Legal/ Garante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Comentarios:

---



---



---