

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Instrucciones para completar la solicitud de asistencias financiera de Day Kimball Hospital.

Favor de asegurarse de completar toda la aplicación y adjuntar la información solicitada. Las solicitudes incompletas no será procesada y se devolverá.

Ingresos: Si empleado, desempleado o jubilado, debe enviar la prueba, tal como se indica a continuación, de todas las fuentes de ingresos ganados y no ganó.

- Más reciente devolución de impuestos de ingresos federales completada. *Si no tienes una copia puede solicitarle al completar el formulario de IRS 4506-T solicitando una transcripción de su declaración de impuestos más reciente ser enviado al hospital Day Kimball. (Un consejero financiero puede ayudarle con esto.)*
- Si no se presentase una devolución de impuestos de ingresos federales. *Si usted afirma que no presenta una declaración de impuesto federal puede ser requerido completar el formulario de 4506-T para solicitar una confirmación de la IRS que no presento una declaración de impuestos y tener enviado al hospital Day Kimball. (Un consejero financiero puede ayudarle con esto.)*
- Bruto total ingresos familiares para los últimos 3 meses. (Esbozo o una carta escrita de verificación de empleador de ingresos para los últimos 3 meses.)
- Si no tienes ingresos en los 3 meses anteriores, enviar una carta firmada por la persona que le proporciona alimentos, vivienda, etc.
- Copia de su declaración de beneficios o carta de oficina de indemnización de desempleo indicando el importe que es/ha recibido y por cuánto tiempo usted es elegible para recibir este beneficio.
- Copias de cheques o vales para todos ingresos, tales como:
- Beneficios de seguro social, (su declaración de beneficios del año actual de la oficina del seguro social)
- Beneficios de administración de veteranos (VA)
- Beneficios de pensiones
- Beneficios discapacidad
- Manutención de los hijos
- Apoyo recibido por un cónyuge después de ser separados otro _____
- Por favor de devolver los documents _____
- Por favor devolver los documentos al Hospital Day Kimball, Asesores Financieros, de lunes a viernes de 8:00 am – 4:00 pm; o por correo regular a: Day Kimball Hospital, ATT: Financial Counselors, 320 Pomfret Street, Putnam, CT 06260

Poseción capital: Favor de alistar todos los activos y enviar copias de las recientes declaraciones para cada uno, tales como:

- ahorros y cuentas de cheques
- Bonds, valor en efectivo de valores, cuentas IRA, etc.
- la equidad en la propiedad de la vivienda o otros edificios, (impuestos sobre la propiedad más reciente proyecto de ley y hipoteca instrucción)
- propiedad de la tierra y la cantidad de tasación
- valor de automóviles, vehículos recreativos, etc.

Dependientes: Si pones personas distintas de los miembros de la familia en su aplicación:

- copia de la devolución de impuestos de ingresos de años anteriores mostrarlos como sus dependientes.

No olvide: Antes de retornar su solicitud asegúrese de que has completado y adjuntado la siguiente a la aplicación:

- firmar la aplicación
- incluir la información de ingresos y los archivos adjuntos
- inclusión una lista de activos o posesion capital (en dado caso) y los archivos adjuntos
- inclusión verificación de dependientes y archivos adjuntos

Para asistencia en completar esta aplicación con un Consejero Financiero de Paciente de Day Kimball Hospital llamar al 860-963-6337, opción 2, entre las horas de 8: 00 a.m. y las 4:00 p.m., del lunes a viernes



DAY KIMBALL HEALTHCARE

SOLICITUD PARA EL PROGRGAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Solicitud de asistencia financiera entregada por paciente: Fecha

Apellido:	Primer nombre:	Número de teléfono:
Calle:	Ciudad:	Estado:
		Código postal:

Lista de cuentas solicitadas para evaluación.

Nombre del paciente	Número de cuenta	Fecha de servicio recibido	Monto de deuda

Por favor adjunte una lista de cuentas adicionales en el reverso de este formulario.

Ingresos laborales – (Adjunte documentos de constancia)

Nombre del empleado	Empleador	Fecha de comienzo de empleo	Fecha de terminación de empleo	Salario

Ingresos mensuales adicionales – (Adjunte documentos de constancia)

Seguro social: \$			
Jubilación/pensión: \$			
Compensación de desempleo: \$	Fecha - desde:	Fecha - hasta:	
Compensación a trabajadores: \$	Fecha - desde:	Fecha - hasta:	
Beneficios a veteranos: \$			
Incapacidad: \$			
Manutención de menores de edad: \$			
Asistencia pública: \$	Nombre de agencia:		
Otros ingresos: \$	Origen/fuente:		

Incluya una lista de todos sus bienes raíces de acuerdo con las siguientes instrucciones

Seleccione uno:	Sí es propietario de su casa::	Bonos/Títulos, acciones, Cuentas de retiro IRA, etc.:
Alquila <input type="checkbox"/>	Valor estimado de la propiedad *: \$ _____	\$
Dueño de casa <input type="checkbox"/>	Balance de hipoteca: \$ _____	\$
	*basado en la evaluación municipal más reciente	
Cuentas de ahorro, cheques, dinero en efectivo: \$	Valor de automóviles y vehículos recreacionales secundarios: \$	
Otros:		

Dependientes: Lista de miembros de su familia/ u otras personas viviendo y mantenidas financieramente por usted:

Nombre:	Edad:	Número de seguro social

Por favor use el reverso para incluir dependientes adicionales

En conformidad con el Código de los Estados Unidos, Título 42, Sección 291E, y de las normas correspondientes, certifico que la información presentada aquí es verdadera y basada en hechos reales verificables. También certifico que la documentación de ingresos salariales presentados con esta solicitud representan los ingresos totales de la familia para el periodo indicado.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

-2-

Lista de cuentas adicionales para la solicitud pendiente.			
Nombre de paciente	Número de cuenta	Fecha de servicio recibido	Monto de deuda

Dependientes: Lista de miembros de su familia/ u otras personas viviendo y mantenidas financieramente por usted:		
Nombre:	Edad:	Número de seguro social

Por favor devolver los documentos al Hospital Day Kimball, Asesores Financieros, de lunes a viernes, de 8:00 am - 4:00 pm; o por correo regular a: Day Kimball Hospital, ATT: Financial Counselors, Putnam, CT 06260