

**SOLICITUD DE SERVICIOS GRATUITOS Y DE CARGOS REDUCIDOS  
EN EL MARCO DEL FONDO FIDUCIARIO DE ATENCIÓN AL INDIGENTE (INDIGENT CARE TRUST FUND) DEL PROGRAMA FPI  
AUTORIDAD HOSPITALARIA DEL CONDADO DE MILLER  
(HOSPITAL AUTHORITY OF MILLER COUNTY)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante (si es diferente al paciente): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Está empleado (por favor circule uno) SÍ NO Si no, ¿está jubilado? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿es empleado de tiempo completo o parcial: Tiempo completo Tiempo parcial

Nombre y dirección del empleador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene actualmente seguro médico? SÍ NO

En caso afirmativo, nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Información del cónyuge (Complete sólo si está casado):

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

¿Su cónyuge está empleado (por favor circule uno) SÍ NO Si no, ¿está jubilado? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿es empleado de tiempo completo o parcial: Tiempo completo Tiempo parcial

Nombre y dirección del empleador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Liste a los miembros de su hogar, fecha de nacimiento, relación con el paciente e ingresos de cada fuente: indique si los ingresos son por semana, mes o año.

**Si los ingresos de cualquier miembro provienen del trabajo por cuenta propia, puede dar información sobre los costos de negocio para que podamos determinar los ingresos reales con los que se cuentan. Escriba los detalles al reverso de esta hoja.**

**Nota para el solicitante:** Usted no tiene que reportar los ingresos de una persona en el hogar que no es legalmente responsable de las facturas médicas del paciente y no se cuenta en el tamaño de la familia. Por ejemplo, si usted tiene un hermano o hermana que vive con usted, esa persona no es responsable de pagar sus facturas médicas y no tendría que ser contada o reportar ingresos).

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN	INGRESOS (SEM/MES/AÑO)	INGRESOS (SEM/MES/AÑO)	INGRESOS (SEM/MES/AÑO)

Gastos mensuales:	Cantidad:
Alquiler/Hipoteca	\$
Pago de auto	\$
Servicios	\$
Teléfono	\$
Total de otros gastos (Indique los detalles al reverso de esta hoja):	\$
<b>Gastos totales:</b>	<b>\$</b>

Descripción de los activos	Cantidad
Importe y ubicación de la cuenta de cheques:	\$
Importe y ubicación de la cuenta de ahorros:	\$
Importe y ubicación de Bonos de Ahorro:	\$
Importe y ubicación de Certificados de Depósito:	\$
Fondos de Jubilación:	\$
Monto del valor nominal del seguro de vida:	\$
Propiedad de alquiler:	\$
Otros activos:	\$
<b>Total de activos:</b>	<b>\$</b>

Complete esta sección para inscribirse en el Programa de Asistencia de Medicamentos. **TENGA EN CUENTA:** La elegibilidad para el Programa de Asistencia de Medicamentos se determinará en base a las disposiciones del programa de asistencia financiera y no está garantizada.

\_\_\_\_\_ Al poner sus iniciales aquí, desea inscribirse en el Programa de Asistencia de Medicamentos. Acepta seguir las pautas del programa de asistencia de medicamentos. Acepta proporcionar la documentación apropiada y adherirse a las pautas del programa de asistencia financiera.

\_\_\_\_\_ Al poner sus iniciales aquí, desea **DECLINAR** su participación en el Programa de Asistencia de Medicamentos. Entiende que tiene la opción de recibir asistencia con medicamentos, pero declina hacerlo. Por favor, indique el motivo de aplicar \_\_\_\_\_

**Firma del paciente/garante:**

---

**SOLO PARA USO DEL HOSPITAL**

• Contado en HH: \_\_\_\_\_ Total Ingresos Contables: \$ \_\_\_\_\_ Verificación de ingresos suministrados? Sí NO  
(Ingreso mensual promedio del año pasado o los últimos 3 meses, lo que sea más favorable)

Tarjeta condicional emitida: SI NO Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Determinación: Elegible para: SERVICIOS GRATUITOS DESCUENTO % \_\_\_\_\_ Plazo de elegibilidad: De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

No elegible: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Firma del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de envío de la notificación: \_\_\_\_\_

Resultado de la reconsideración: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_