



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

Fecha: \_\_\_\_\_

Estimado/a \_\_\_\_\_:

Adjuntamos su solicitud para el Programa de Ayuda Económica de Bayhealth Medical Center. Por favor, complete los puntos a continuación:

**Paso 1** Complete ambos lados del Formulario de solicitud de ayuda económica.

**Paso 2** Obtenga comprobantes de sus ingresos. Solicitamos un comprobante de ingresos por un período de cuatro (4) semanas que finalice en la fecha de su solicitud. Este documento debe incluir los ingresos de todos los miembros dependientes de la familia. Puede usar el talón del recibo de sueldo, una carta del empleador, una copia del cheque mensual que recibe del gobierno (por ejemplo: pensión alimenticia, manutención de menores, seguro de desempleo o seguro social). También necesitaremos copias de su resumen bancario de los últimos tres (3) meses y las declaraciones de impuestos federales y estatales del último año. En el caso de pacientes que estén jubilados o tengan una discapacidad, necesitamos un aviso actual de beneficios del Seguro Social y su declaración de beneficios del Seguro Social SSA-1099 actual.

**Paso 3** Cuando haya completado los pasos 1 y 2, puede enviar la solicitud por correo o llamar para coordinar una cita con uno de nuestros asesores financieros para que evalúen su solicitud. A continuación, se incluyen los datos de contacto:

**Kent Campus**  
Attn: Financial Counselor  
640 S. State Street  
Dover, Delaware 19901

(302) 744 - 7481

**Sussex Campus**  
Attn: Financial Counselor  
100 Wellness Way  
Milford, Delaware 19963

(302) 430 - 5727

Para que tengamos en cuenta su solicitud, la debe enviar completa, fechada y firmada al hospital dentro del plazo de treinta (30) días a partir de la fecha en que se la enviamos.

Atentamente,

Asesor Financiero

## PACIENTES DE CIRUGÍA

Si tiene una cirugía programada, es importante que nos avise ahora y haga lo posible por completar y entregarnos la solicitud entera en cuanto pueda, antes de la cirugía.

Fecha de la cirugía: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del médico: \_\_\_\_\_



Identificación del paciente

## SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

Fecha \_\_\_\_\_ N.º de SS \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Empleador del paciente \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

*Si está desempleado: Período sin empleo \_\_\_\_\_ Empleador anterior \_\_\_\_\_*

*Fecha en la que se quedó sin empleo \_\_\_\_\_ ¿Es elegible para COBRA? \_\_\_\_\_*

Dirección del empleador \_\_\_\_\_  
(Si es un trabajador autónomo, indique su dirección laboral)

Ocupación \_\_\_\_\_ Período de empleo \_\_\_\_\_

**Para ser completado únicamente por estudiantes de tiempo completo:**

*¿Cuenta con la cobertura de una póliza de seguro de sus padres o terceros a través de la universidad?*

*En caso afirmativo, proporcione información de la póliza:*

*¿Sus padres lo incluyen como dependiente en sus declaraciones de impuestos?  Sí  No*

*Lugar de residencia:  Vivienda en campus  Vivienda fuera del campus*

Nombre de la persona responsable \_\_\_\_\_ N.º de SS \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio de la persona responsable \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_ N.º de SS \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del empleador del cónyuge \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Ocupación del cónyuge \_\_\_\_\_ Período de empleo \_\_\_\_\_

Total de ingresos brutos mensuales \_\_\_\_\_ Total de ingresos netos mensuales \_\_\_\_\_

Todos los ingresos adicionales \_\_\_\_\_ (empleo del cónyuge, pensión alimenticia, manutención de menores, etc.)

Cant. de dependientes \_\_\_\_\_ (menores de 18 o 21 si son estudiantes de tiempo completo)

Nombres de los dependientes \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN FINANCIERA

Banco \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Casa propia  En proceso de compra  Valor aprox. \_\_\_\_\_ Alquiler \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo \_\_\_\_\_

Otra propiedad \_\_\_\_\_ Valor aprox. \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del propietario/acreedor hipotecario \_\_\_\_\_

Auto n.º 1 \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Financiado por \_\_\_\_\_

Auto n.º 2 \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Financiado por \_\_\_\_\_

Vehículos recreativos propios: \_\_\_\_\_ bote, motocicleta, casa rodante, etc. \_\_\_\_\_



Identificación del paciente

**SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA**

**Solo para uso interno**

N.° de cuenta _____	Monto _____	Amb./Int. _____	N.° de cuenta _____	Monto _____	Amb./Int. _____
N.° de cuenta _____	Monto _____	Amb./Int. _____	N.° de cue _____	Monto _____	Amb./Int. _____
N.° de cuenta _____	Monto _____	Amb./Int. _____	N.° de cuenta _____	Monto _____	Amb./Int. _____
N.° de cuenta _____	Monto _____	Amb./Int. _____	N.° de cuenta _____	Monto _____	Amb./Int. _____
N.° de cuenta _____	Monto _____	Amb./Int. _____	N.° de cuenta _____	Monto _____	Amb./Int. _____

Enumere en orden todas sus deudas, excluida la deuda con Bayhealth

A quién le debe Nombre de la compañía	Tipo de cuenta	Saldo actual	Número de cuenta	Pago mensual
--	-------------------	-----------------	---------------------	-----------------

Hipoteca

Crédito automotor n.° 1 \_\_\_\_\_

Crédito automotor n.° 2 \_\_\_\_\_

Tarjetas de crédito \_\_\_\_\_

Bancos  
Cía. financiera \_\_\_\_\_  
etc.

Gastos médicos \_\_\_\_\_

Otro

**GASTOS MENSUALES DEL HOGAR**

Alimentos \_\_\_\_\_ Elect. \_\_\_\_\_ Gas \_\_\_\_\_ Saneamiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Agua \_\_\_\_\_  
Cable \_\_\_\_\_ Manut. de menores \_\_\_\_\_ Seguro auto. \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN CREDITICIA**

Por el presente, autorizo a Bayhealth Medical Center o su representante a investigar cualquier referencia, declaración u otro dato proporcionado por mí o cualquier otra persona sobre mi responsabilidad financiera y crediticia. Declaro que la información proporcionada en mi Formulario de solicitud de ayuda económica es verdadera y correcta.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO INTERNO**

Fecha de recepción de la solicitud \_\_\_\_\_ Cargos elegibles \_\_\_\_\_

Comentarios:

Respuesta del consultorio médico sobre cirugía: Urgente \_\_\_\_\_ Semielectiva \_\_\_\_\_ Electiva \_\_\_\_\_