Prairie Ridge HEALTH
Inspired by you

Declaración Financiera
Solicitud de cuidado comunitario

1515 Park Avenue Columbus, WI 53925 Teléfono 920-623-2200 Fax 920-623-1508

Nombre_____Núm. Seguro Social_____Fecha de Nacimiento_____

Dirección_____Teléfono_____

Ciudad_____Estado_____Código Postal_____

Empleador_____Tipo de trabajo_____

Esposo/a_____Núm. Seguro Social_____Fecha de Nacimiento_____

Empleador_____Tipo de trabajo_____

Dependientes (nombre y relación)

_____edad_____ _____edad_____

_____edad_____ _____edad_____

Ingresos de la familia: Representan el total de los ingresos de toda fuente antes de impuestos; incluye pero no se limita a: salario, pagos de asistencia pública, seguro social, beneficios de saguridad social o compensación del trabajador, pago de huelga de un sindicato, beneficios de véterano, pension alimenticia, pagos de seguro o de una anuidad, interéses, ingresos de alquilo, royalidades, ingresos de un estado o trust, reembolsos de impuestos, compensación de reclamo de herida. Los ingresos se deben declarar como ganancias brutas. **Ingresos de la familia incluyen ingreso de todos los miembros de la familia inmediata que viven en el mismo hogar.**

FUENTE DE INGRESOS – Paciente	Cantidad mensual	Esposo/a u otro pariente	Cantidad mensual

GASTOS MENSUALES REGULARES LISTADOS POR PAGO MENSUAL MINIMO				
	Pago		Saldo	Pago
Renta		Comida		
Pago de la hipoteca		Utilidades		
Segunda hipoteca		Transporte - gasolina		
Apoyo del niño/pensión alimenticia		Deuda médica (especifíque)		
Primas de seguro		Tarjeta de crédito (especifíque)		
Medicamentos continuos		Otro		

Entrego la declaración arriba para el propósito de dejar que Prairie Ridge Health evalúe mi estado financiero y determine mi elegibilidad de recibir asistencia de varios programas de ayuda financiera, y autorizo que Prairie Ridge Health averigüe esta información según necesario, lo que puede incluir obtener un informe del Bureau de créditos, verificación de empleo o de ingresos, y otra documentación apropiado.

Doy fe de que la informacion anterior y toda la documentacion de ingresos proporcionada son completes y precisas, como se muestra. Prairie Ridge Health se reserva el derecho de solicitar información y documentación adicional con el fin de determinar la elegibilidad para la atención comunitaria.

Al solicitor atencion comunitaria, tambien acepto aceptar la responsabilidad de pago de una cantidad adeuda como resultado de cualquier subvencion parcial que pueda otorgarse.

_____ _____
Solicitante **Fecha**

_____ _____
Esposo/a o Pariente **Fecha**

Nota: **Se debe proporcionar prueba de ingresos actuales al momento de la solicitud, ademas de copias de su Declaracion Federal de Impuestos sobre la Renta presentada mas receientemente.**

¿HA INCLUIDO: □ Solicitud firmado □ Planilla de impuestos federal 1040 □ Comprobante de ingresos

Prueba de ingresos puede incluir: *al menos dos recibos de paga, declaración del seguro social, estado de cuenta bancaria,*