



POR FAVOR ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO Y LA DOCUMENTACIÓN DE EVIDENCIA POR CORREO O FAX AL:

FIRSTHEALTH OF THE CAROLINAS  
 PATIENT ACCOUNTS  
 P.O. BOX 3000  
 PINEHURST, NC 28374  
 FAX: (910) 235-7830

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR LLAME AL (800) 798-6946 O (910) 715-1010. PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO A TRAVÉS DEL INTERNET VISÍTENOS AL [www.firsthealth.org/paymybill](http://www.firsthealth.org/paymybill)

## SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

### I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE:			NÚMERO DE CUENTA:		
DIRECCIÓN:			FECHA DE NACIMIENTO:		
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:					
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:			TELÉFONO:		
ESTADO CIVIL: (MARQUE UNA) SOLTERO/A CASADO/A DIVORCIADO/A SEPARADO/A VIUDO/A					

### II. INFORMACIÓN FINANCIERA

INCLUYA A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA, USTED MISMO/A, ESPOSO/A, HIJOS Y DEPENDIENTES RECLAMADOS EN LOS IMPUESTOS	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	INGRESO BRUTO MENSUAL	FUENTE DE INGRESOS
TOTAL DE INGRESOS BRUTO MENSUAL:			\$	

SI USTED NO TIENE INGRESOS MENSUAL, POR FAVOR EXPLIQUE CÓMO RESUELVE SUS GASTOS MENSUALES:

SI USTED ESTÁ DESEMPLEADO, ¿CUÁL ES LA FECHA DEL CESE DE EMPLEO? \_\_\_\_\_ ¿HA SOLICITADO BENEFICIOS POR DESEMPLEO O CONTINUACIÓN DE SEGURO MÉDICO (COBRA)? **SI / NO**

¿ALGUNA VEZ HA SOLICITADO O HA SIDO APROBADO POR MEDICAID O BENEFICIOS POR INCAPACIDAD AL SEGURO SOCIAL? **SI / NO**

NOMBRE DE LA TRABAJADORA SOCIAL/CONDADO: \_\_\_\_\_

¿LA ATENCIÓN MÉDICA QUE USTED RECIBIÓ EN FIRSTHEALTH FUE RESULTADO DE UN ACCIDENTE? **SI / NO**

## II. INFORMACIÓN FINANCIERA (continuación)

CUENTA DE CHEQUES <b>SI / NO</b>	NOMBRE DEL BANCO: LOCALIZACIÓN:	BALANCE DE LA CUENTA: \$
CUENTA DE AHORROS <b>SI / NO</b>	NOMBRE DEL BANCO: LOCALIZACIÓN:	BALANCE DE LA CUENTA: \$
ACCIONES, BONOS, CUENTA INDIVIDUAL DE RETIRO, PLAN 401K, CERTIFICADO DE DEPÓSITO, ETC. <b>SI / NO</b>	NOMBRE DEL BANCO: LOCALIZACIÓN:	BALANCE DE LA CUENTA: \$

¿USTED RENTA O ES PROPIETARIO DE SU CASA? PAGO MENSUAL (RENTA O PAGO): \$ \_\_\_\_\_

SI USTED ES PROPIETARIO, PROPORCIONE EL VALOR DE SU CASA PRINCIPAL ( NO SE REQUIERE DOCUMENTACIÓN) \$ \_\_\_\_\_

¿TIENE USTED OTRAS PROPIEDADES INMOBILIARIA S(CASAS, EDIFICIO?) **SI / NO** DE SER ASÍ, PROPORCIONE EL VALOR: \$ \_\_\_\_\_

¿TIENE USTED PROPIEDADES PERSONALES? **SI / NO** POR FAVOR DECLARE TODOS LOS CARROS, BARCOS, CAMIONETAS, MOTOCICLETAS, CASA RODANTE, CASA MÓVILES, ETC.

ARTÍCULO:	MARCA / MODELO:	AÑO:	PAGOS MENSUALES: \$	VALOR: \$
ARTÍCULO:	MARCA / MODELO:	AÑO:	PAGOS MENSUALES: \$	VALOR: \$
ARTÍCULO:	MARCA / MODENO:	AÑO:	PAGOS MENSUALES: \$	VALOR: \$

PROPORCIONE ALGUNA OTRA INFORMACIÓN QUE SOPORTE SU SITUACIÓN FINANCIERA, O DESCRIBA SU DIFICULTADES FINANCIERAS:

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD ES, A MI ENTENDER, COMPLETA, EXACTA Y VERDADERA. ENTIENDO QUE INFORMACIÓN FRADULENTE O FALSA ME HARÁ INELEGIBLE PARA ASISTENCIA FINANCIERA. AUTORIZO LA LIBERACIÓN DE LA INFORMACIÓN NECESARIA POR FIRSTHEALTH PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA.

SI ME HACEN REFERENCIA A UN PROGRAMA DE ASISTENCIA MEDICA FINANCIADA FEDERAL O ESTATAL, AUTORIZO FIRSTHEALTH PARA LIBERAR Y OBTENER TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD DE FINANCIACIÓN.

FIRMA DEL SOLICITANTE :	FECHA:
-------------------------	--------

**PARA QUE FIRSTHEALTH OF THE CAROLINAS PUEDA CUMPLIR CON REGLAS ESTATALES Y FEDERALES, CADA ELEMENTO NOMBRADO EN ESTA SOLICITUD TIENE QUE SER COMPLETADO Y REQUIERE LA DOCUMENTACIÓN DE EVIDENCIA. SU SOLICITUD SERÁ RETRASADA Y SU CUENTA (S) SEGUIRAN EL PROCESO EN NUESTRO CICLO DE COBRO HASTA QUE TODA LA DOCUMENTACIÓN SE RECIBE.**

LOS SIGUIENTES SON EJEMPLOS DE DOCUMENTOS QUE SE NECESITAN EN BASE A SUS RESPUESTAS EN LA SOLICITUD (envíe sólo copias):

- TALONES DE CHEQUE O SU MAS RECIENTE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS. (FEDERAL INCOME TAX RETURN)
- CARTA O ESTADO DE CUENTA BANCARIA VERIFICANDO NÚMERO DE SEGURO SOCIAL, U OTROS BENEFICIOS QUE RECEBE DEL GOBIERNO
- ESTADOS DE CUENTA BANCARIOS DE CUENTAS DE CHEQUES, DE AHORROS, DE INVERSIÓN
- DECLARACIONES DE IMPUESTOS MOSTRANDO EL VALOR DE SU PROPIEDADES INMOBILIARIAS O PERSONALES (EXCLUYENDO SU CASA PRINCIPAL)