

Mosaic Medical Center – Albany

705 N. College St., Albany, MO 64402
660.726.3325

Para uso exclusivo de la oficina

Aprobada: _____
Rechazada: _____
Porcentaje: _____
Plazo: _____
Fecha: _____
Solicitud nro.: _____
Controlada por: _____

Solicitud de ayuda financiera

Fecha de la solicitud _____ Médico de cabecera _____

Nombre del solicitante _____ NSS _____ Fecha de nacimiento _____

Cónyuge _____ NSS _____ Fecha de nacimiento _____

Persona a cargo 1 _____ NSS _____ Fecha de nacimiento _____

Persona a cargo 2 _____ NSS _____ Fecha de nacimiento _____

Persona a cargo 3 _____ NSS _____ Fecha de nacimiento _____

Persona a cargo 4 _____ NSS _____ Fecha de nacimiento _____

Persona a cargo 5 _____ NSS _____ Fecha de nacimiento _____

Estado civil (elija uno) Soltero Casado Divorciado Separado

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nro. de teléfono fijo _____ Nro. de celular _____

¿Ha solicitado inscribirse al programa de asistencia sanitaria estatal Missouri HealthNet (Medicaid) Assistance? Sí NO

Si su respuesta es "sí", ¿en qué estado se encuentra la solicitud? Aprobada Rechazada Pendiente

¿Tiene empleo actualmente? Sí NO Si su respuesta es "sí", complete con los datos correspondientes.

Nombre del empleador _____

Dirección del empleador _____ Nro. de teléfono del empleador _____

¿Tiene usted (o la persona a quien represente) el derecho a recibir un seguro por parte del empleador, el gobierno o una agencia privada? Sí NO

Si su respuesta es "sí", ¿se encuentra (o encuentran) inscripto(s) actualmente? Sí NO

Si su respuesta es "no", ¿por qué? _____

Verificación de ingresos familiares (enumere todas las personas del grupo familiar que son empleados en relación de dependencia o autónomos).

Nombre				
Relación con el solicitante				
Nombre del empleador, ciudad y estado				
Ingreso bruto mensual	\$	\$	\$	\$

Otros ingresos familiares mensuales*

Nombre				
Relación con el solicitante				
Manutención de hijos/alimentos	\$	\$	\$	\$
Seguro de accidentes laborales	\$	\$	\$	\$
Seguro de desempleo	\$	\$	\$	\$
Alquiler de bienes	\$	\$	\$	\$
Seguridad social/beneficios por discapacidad	\$	\$	\$	\$
Ingresos financieros/rentas de inversión	\$	\$	\$	\$
Fondos fiduciarios/renta vitalicia	\$	\$	\$	\$
Pensiones/jubilación	\$	\$	\$	\$
Asistencia estatal (asistencia económica/cupones para alimentos/etc.)	\$	\$	\$	\$
Otros	\$	\$	\$	\$

*Si el solicitante indica la opción "otros ingresos", se le pueden pedir detalles adicionales.

Activos líquidos y títulos**

Recurso	Banco o empresa	Valor
Cuenta corriente		\$
Cuenta de ahorro y certificados de depósitos (CD)		\$
Efectivo		\$
Acciones, bonos e inversiones		\$
Caja de jubilación		\$
Otros		\$

**Se le puede pedir al solicitante detalles adicionales sobre activos líquidos y títulos.

Gastos mensuales

Categoría	Monto
Provisiones	
Pago de alquiler/vivienda	
Servicios	
Televisión por cable/satélite	
Internet	
Teléfono (incluido el inalámbrico/móvil)	
Gastos médicos y prescripciones	
Otros	

Bienes inmuebles/personales

¿Es propietario o inquilino del lugar donde reside? Propietario _____ Inquilino _____

Categoría	Valor
Equipos, ganado o cultivos	\$
Tierras	\$
Vivienda (si es propietario)	\$
Otros	\$

Vehículos (autos, camiones, camionetas, recreativos, otros)

Descripción del vehículo (marca, modelo, año)	Valor	Pago mensual
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$

Gastos médicos pendientes

Hospital/clínica	Saldo	Pagos mensuales (si corresponde)
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$

Documentación que se debe acompañar

(SEPA QUE: Los documentos que se piden a continuación deben presentarse por *cada uno de los miembros de la familia que contribuyan al ingreso familiar*, para poder proceder a la revisión de su solicitud. Omitir información u ofrecer información fraudulenta puede causar el rechazo automático).

- Declaración de impuestos (últimos 3 años)
- Renta agraria (últimos 3 años)
- Talones de cheque, correspondientes a las 12 semanas anteriores a la fecha en que se presentó la solicitud, de todos los individuos que contribuyan al ingreso familiar o verificación escrita realizada por el empleador de los salarios del presente año hasta el día de la fecha.

Certificación y firma

Certifico que, a mi saber y entender, toda la información es completa y precisa; y autorizo a Mosaic Medical Center – Albany a verificar toda información que yo haya suministrado.

Firma del solicitante (o su responsable)

Fecha