Declaración Financiera de UNMC Physicians

DOCUMENTACION DE INGRESO ES REQUERIDO. POR FAVOR INCLUYA LOS TALONARIOS DE CHEQUES Y LA DECLARACION DE IMPUESTOS MÁS RECENTE PARA COMPLETAR SU SOLICITUD. SI NO TIENE INGRESO, POR FAVOR PROVEA UNA CARTA DE APOYO DE SU FUENTE DE INGRESO.

Nombre del Paciente:_____ **Número de cuenta:**_____

Información de la persona responsable:

Nombre: _____ **Número de Teléfono del hogar:** _____

Dirección: _____ **Número de Teléfono Celular:** _____

Cuidad, Estado, Código: _____ **# Teléfono del trabajo:** _____

Fecha de Nacimiento: _____-____-_____ **Número de Seguro Social:** _____-_____-_____

Miembros de la Familia: (Incluya cónyuge, niños/as dependientes **MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD** que viven en el hogar**)**

NOMBRE	PARENTESCO	Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social	# de cuenta
	Cónyuge-Pareja	- -	- -	

Información del Aplicante **Información de empleo del Conyugue**

(Tiene que incluir todo el ingreso del hogar)

Ingreso de Aplicante:

Nombre del Empleador: _____
Ingreso Anual: $ _____ Por Hora $_____

Horas de labor cada semana: _____
¿Le Pagan?
❑- Semanal ❑-Bi-Semanal ❑- Al Mes ❑- Otra manera

Ingreso de cónyuge:

Nombre del Empleador: _____
Ingreso Anual: $ _____ Por Hora $_____

Horas de labor cada semana: _____
¿Le Pagan?
❑- Semanal ❑-Bi-Semanal ❑- Al Mes ❑- Otra manera

Otro Ingreso por Mes

Pensión alimenticia: $_____ AFDC: $_____ Propiedad de alquiler: $_____

Pensión por Discapacidad: $_____ Pensiones: $_____ Otro Ingreso $_____

Desempleo: $_____ Manutención del Menor: $_____ Compension de empleor: $_____

Asistencia al Veterano Militar: $_____

Bienes Líquidos:

Dinero en efectivo **$**_____ Prestamos a otros (sea específico) **$**_____

Ahorros (Banco) **$**_____ **$**_____

Acciones/Bonos(Valor del Mercado) **$**_____ Otro **$**_____

(Otro puede incluir Fondos de Retiro, IRA's, 401K, 403B, Plan de Pensión)

Para uso oficial/For Office Use Only:

Date of Approval: _____ PFC Initials: _____

Supervisor Signature:_____ _____ % _____ CCP _____ Hardship _____ Denial

Manager Signature: _____

Responsabilidades/Debitos

Hipoteca:$_____ Nombre de hipotecario:_____ Alquiler: $ _____

Anote el Nombre de las Compañías	Pago Mensual			Pago Mensual
Préstamos:			**Cuentas de Crédito/Cargos:**	
			Comida:	
			Servicios:	
			Teléfono:	
			Cable:	
			Seguro de Vida:	
			Seguro Médico:	
Gastos Médicos:			**Seguro De Auto:**	
			Guardería:	
			Otro:	
Agencias de Colección:				

Si no tiene seguro médico, puede calificar para asistencia por medio de:

Douglas County - - 402-444-6215 o Su condado de residencia
Medicaid - Nebraska - 402-595-3400
Iowa - 712-328-5661

Comentarios: _____

_____

_____

Yo certifico que toda la información anotada es verdadera y correcta en lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que se usará la información para determinar mi capacidad de pagar por los servicios recibidos por mí en UNMC Physicians. Doy permiso al personal autorizado de UNMC Physicians a recibir, divulgar, usar e investigar la información financiera contenida en este documento. La investigación incluye contactar por escrito o por teléfono a esas personas, compañías, corporaciones, etc., mencionadas por usted en este documento de declaración financiera. También puede incluir una revisión de crédito. Exonero al personal designado del hospital y todo aquel que suministre información a petición del personal del hospital, de responsabilidad por cualquier acción de comisión u omisión, comunicaciones o declaraciones hechas conforme tal investigación. Entiendo que una declaración falsa me descalificará automáticamente para cualquier tipo de asistencia.

Firma del Paciente/Persona responsable:_____ Fecha: _____

Firma de Cónyuge/Pareja: _____ Fecha: _____

Enviar al: UNMC Physicians
Business Service Center
988095 Nebraska Medical Center
Omaha, NE 68198-8095

Por favor acuérdese de incluir una copia de la declaración de impuestos más recenté y comprobante de ingreso