



Solicitud de ayuda económica para clínicas médicas rurales

Los sitios de Jennie Stuart Medical Center Rural Health Center incluyen los siguientes centros:

- Jennie Stuart Medical Center OBGYN, 1717 High Street, Suite 4B, Hopkinsville, KY 42240
- Jennie Stuart Medical Center Family Health, 105 Keeton Drive, Hopkinsville, KY 42240
- Jennie Stuart Medical Center Family Health, 222 West 18th Street, Hopkinsville, KY 42240
- Jennie Stuart Medical Center Family Health, 120 N. Main Street, Trenton, KY 42240

Gracias por elegir Jennie Stuart Medical Center para sus necesidades de atención médica. Nos alegra darle la solicitud adjunta para determinar si usted es elegible para recibir ayuda económica. Para que nosotros procesemos su solicitud, la información solicitada en el documento de solicitud adjunto debe completarse en su totalidad. Le aseguramos que la información que nos dé se tratará de forma confidencial y solo se usará para determinar si se le puede dar la ayuda económica.

Es necesario presentar toda la documentación aplicable mencionada abajo. Se necesitan todas las páginas de todos los documentos y no se aceptarán documentos alterados. Si las directrices del impuesto federal sobre la renta necesitan que complete una declaración de impuestos, esa declaración debe completarse antes de que se pueda considerar la ayuda económica.

No presentar toda la información solicitada podría hacer que se niegue su solicitud. La falsificación de cualquier tipo podría resultar en el rechazo permanente de la ayuda económica. Los documentos necesarios son los siguientes:

- Aplicación para ayuda económica para centro médico rural completada y firmada.
- Prueba de los ingresos de todas las personas que ganan un sueldo en el grupo familiar, por ejemplo:
 - Copias de los tres (3) cheques de pago más recientes (año bruto hasta la fecha).
 - Documentos más recientes del seguro social, discapacidad, compensación de trabajadores, desempleo, pensiones y cualquier otra forma de ingresos.
 - Si tiene ingresos de \$0, proporcione una declaración de cómo se mantiene económicamente.
- Copia de los estados de cuenta actuales de todas las cuentas (**se deben incluir todas las páginas**), incluyendo cualquier documentación de apoyo que diga el origen de cada depósito no cubierto por los ingresos de arriba.

Nuestros consejeros económicos están disponibles de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 3:30 p.m., para hablar del proceso de solicitud al 270-887-0332 o al 270-887-0100 ext. 4505.

Para obtener una copia gratuita de nuestras directrices, políticas y solicitudes de ayuda económica, visite nuestro sitio web en www.jenniestuarthealth.org en la pestaña de Patients & Visitors (Pacientes y visitas). Las políticas y solicitudes se ofrecen en inglés y español, y Jennie Stuart Medical Center ofrece servicios de traducción para ayudar a los pacientes que hablen un idioma diferente al inglés.

SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA PARA CLÍNICAS MÉDICAS RURALES

INFORMACIÓN DE LA CUENTA			
Fecha de la visita:		Lugar de la visita:	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Número de cuenta:	
Nombre del paciente:	
Fecha de nacimiento del paciente:	
Teléfono del paciente:	
Dirección del paciente:	

INFORMACIÓN DEL GARANTE	
Relación con el paciente:	
Nombre:	
Fecha de nacimiento:	
Teléfono:	
Dirección del garante:	

Miembro del grupo familiar (cónyuge o dependientes menores de 19 años)	Edad	Relación con el paciente:
1		
2		
3		
4		
5		

INGRESOS MENSUALES DEL GRUPO FAMILIAR				
FUENTE	YO	CÓNYUGE	OTRA*	TOTAL
Ingresos por empleo/empleo independiente				
Jubilación/pensión/seguro social				
Desempleo/indemnización de trabajo/discapacidad				
Ingresos por dividendos/intereses/rentas				
Otros ingresos (describa abajo)				
Ingreso mensual bruto total (A)				
Ingresos anuales = (A x 12) (B)				
Ajustes de ingresos anuales (describa)				
Ajustes de ingresos anuales totales (C)				
Ingresos anuales ajustados = (B + C)				

COMENTARIOS/DESCRIPCIONES: _____

Certifico que toda la información en esta solicitud es correcta y está completa a mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que, si JSMC se entera de que he hecho declaraciones falsas en esta solicitud, pueden iniciar acciones legales en mi contra para recuperar los costos de los servicios y los honorarios de los abogados.

Firma del solicitante:		Fecha:	
Nombre de la persona que completa el formulario:		Relación con el paciente:	
Firma del asesor financiero:		Fecha:	

