

MUSC Health
Solicitud de Asistencia Financiera

Número de Cuenta# _____ Fecha de Nacimiento _____
Estado Civil _____

Nombre del paciente _____ Número de seguridad social últimos cuatro dígitos _____

*** Garante responsable del equilibrio del paciente** _____

Número de seguridad social _____ Dirección de correo electrónico _____
Teléfono del trabajo _____ Teléfono de casa _____ Teléfono móvil _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Empleador del garante _____
Nombre del empleador / dirección / número de teléfono / Fecha de contratación para el garante y esposa/esposo

Fiador, si no esta trabajando, ¿cuándo fue la última fecha de empleo? _____

Empleador del esposo/esposa _____
Nombre del empleador / dirección / número de teléfono / Fecha de contratación para el garante y esposa/esposo

Esposo/Esposa, si no está trabajando, ¿cuándo fue la última fecha de empleo? _____

¿Es usted un residente de Carolina del Sur? Sí No

Eres un ciudadano de los Estados Unidos? Sí No

Si SÍ o NO, debe proporcionar una copia legible de la licencia válida de S. C. Conductor o una válida S. C. identificación con foto. Si no, también debe proporcionar una copia legible de la tarjeta de residencia permanente

Una lista de todos los miembros del hogar / dependientes como se reivindica en sus impuestos federales. Si una persona se enumeran a continuación no se reclama en sus impuestos, debe proporcionar al menos uno de los siguientes documentos para cada persona: certificado de nacimiento, Registro de vacunas, tarjeta de seguro social, actual Medicaid Elegibilidad de la letra, registros de custodia o documento legal tutela, registros escolares O cualquier documento razonable que muestra la relación padre / tutor del niño. Si necesita más líneas de las que están disponibles en este formulario, utilice el formulario de Declaración de dependientes se incluye en este paquete. **Fuente de ingresos incluye la forma de ingresos brutos de las siguientes fuentes: salario, SSI, SSA, de ingresos por incapacidad, Compensación al Trabajador, beneficios de VA, jubilación / pensión, manutención, pensión alimenticia, desempleo, dividendos, Anualidad Pagos, (total: Autoempleo ingreso, Ingreso por alquiler, Asociación de Ingresos), interés, venta de acciones, Foster Care de Ingresos Adopción**

Nombre	SSN últimos cuatro dígitos	Relación con el solicitante	Fecha de Nacimiento	Fuente de ingresos	Ingresos brutos (Mensual)
Garante					\$
Esposo/Esposa					
Dependiente					
Dependiente					
Dependiente					
Ingresos Totales					\$

Los bienes y el valor aproximado (acciones, bonos, CDs, cuentas del mercado de dinero, bienes, negocios, etc.)

Bienes	Valor
\$	\$
\$	\$
\$	\$

Total de Gastos Mensuales:

El abajo firmante, por la presente certifico que he leído o se me ha leído todas las declaraciones en esta solicitud y que la información que he proporcionado es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento y de acuerdo a reportar cualquier cambio.

El abajo firmante, certifico por la Presente Que he leído o se me ha Leído TODAS LAS Declaraciones En Esta Solicitud Y Que LA INFORMACIÓN Que le es proporcionado Verdadera y exacta de lo mejor de mi Conocimiento y de un Acuerdo reportar cualquier Cambio.

Además, autorizo la divulgación de cualquier información, incluso financiera, necesaria para determinar mi elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera MUSC Salud. Entiendo y por la presente autorizo a la Universidad de Medicina de Carolina del Sur, la Autoridad Hospital de la Universidad Médica, Universidad Médica médicos, sus filiales, sus agencias de cobro o abogados para verificar la información contenida en esta solicitud, incluyendo la obtención y revisión de mis informes de crédito o la de el paciente, el garante y / o la parte responsable. Entiendo que se me puede pedir para proporcionar documentos de apoyo adicionales para verificar mi residencia de Carolina del Sur, el número de dependientes que argumento y prueba de ingresos para ayudar en la determinación de mi estado financiero.

Yo entiendo que mi elegibilidad para este programa de descuentos es para un período de contingente de un (1) año en mantener la elegibilidad. Tengo que volver a aplicar para renovar más allá de este año de cobertura. También entiendo que ningún descuento podrá ser retirada debería decir a mi condición de cambio financiero.

Fecha de firma _____

Por favor, firmar y fechar esta solicitud.

Envíe el formulario completado con la documentación requerida (ver lista abajo) a: MUSC Health, 1 Poston Road, Suite 350, Charleston 29407
Listas de Documentos Aprobados para el Programa de Asistencia Financiera

Pruebas

I. IDENTIFICACIÓN: (TRAIGA DOS O MAS) – Debe de tener foto del solicitante

- Licencia de conducir del Sur de Carolina
- Tarjeta de identificación del Estado (de cualquier estado)
- Chapa (solapa) de empleo
- Tarjeta de residencia o visa de residente
- Pasaporte
- Tarjeta de Identificación de estudiante
- Tarjeta de identificación militar

II. DOMICILIO: (TRAIGA DOS O MAS) – Debe de tener dirección actual

- Licencia de conducir actual de Carolina del Sur
- Factura o recibo actual de Utilidad (no mas viejo de 30 días) – gas, agua, electricidad, cable, teléfono o celular.
- Carta otorgada del Seguro Social o talón de cheque actual
- Carta actual de elegibilidad de medicaid
- Estado de cuenta actual del Banco
- Estado de cuenta actual o correspondencia del negocio del país o ciudad de notificación de impuestos
- Recibo actual de al renta o arrendamiento que indique la dirección
- Tarjeta de registracion de voto
- Registracion de vehículo
- Documentos de la hipoteca
- Documentos de préstamo (carro, bote, etc.)
- Prueba actual de orden militar exponiendo en detalle la misión asignada en Carolina del Sur o una carta del Comandante de la Base militar verificando su misión en la estación del Sur de Carolina
- Si usted esta viviendo con un amigo o familiar, debe de completar el formulario Afirmación de Apoyo /Proveedor incluido en este paquete junto con pruebas de residencia mencionadas arriba.

III. DEPENDES: (INCLUIDO AL ESPOSO(A) COMO DEPENDIENTE)

SI NO ESTA EN SU DECLARACIÓN DE IMPUESTO, PROVEA UNO DE LOS SIGUIENTES:

- Carta vigente de Medicaid mostrando su elegibilidad
- Tarjeta(s) de Seguro Social
- Afirmación del proveedor por el cuidado de niños incluido en este paquete
- Registro de vacunas
- Certificado(s) de nacimiento
- Registro o documentos legales que muestre su custodia
- Registro de Escuela
- Cualquier documento razonable que demuestre la relación de padre/guardián

IV. INGRESO: (TRAIGA TODO LO QUE APLIQUÉ)

- Un mes de talones de cheques (si le pagan semanalmente provee los últimos cuatro (4) mas recientes(consecutivos) talones de cheques; dos (2) talones de cheques si le pagan cada dos semanas; uno (1) talón si le pagan cada mes, o carta actual de su empleador con el logotipo de la compañía o llene el formulario de Afirmación de Verificación del Empleado
- Estado de cuenta mas residente (de chequera, ahorros, o otras cuentas donde usted gane intereses de sus cuentas bancarias, cuentas heredadas)
- Talón(es) de cheque de ingreso de retiro actuales
- Carta actual otorgada por el Seguro Social O Beneficio de discapacidad para los ambos esposos y cualquier niño
- Carta(s) actual otorgada por la administración de Veteranos
- Afirmación actual de ayuda económica (talón(es) o decreto de divorcio) o complete el formulario Afirmación de Pensión Alimenticia y Económica incluido en este formulario
- Documentación de Comisión y Empleo del Sur de Carolina mostrando sus beneficios semanales o muestra que ha usted se le hayan negado tales beneficios.
- Prueba actual del los Impuestos Federales del año pasado con TODAS Las formas que usted envió
- Prueba actual si recibe ayuda del gobierno TANF Asistencia Temporal para Familias necesitadas
- Carta actual otorgada de que usted recibe ayuda económica para la comida en forma de estampillas
- Carta actual de apoyo de una organización cívica, iglesia u otra organización con el logotipo de la organización
- Afirmación de Apoyo/ Asistencia del Proveedor actual incluido en este paquete si es desempleado
- Prueba actual que usted recibe ayuda para el cuidado de los niños ABC vouchers (Asistencia para servicio de guardería infantil)
- Prueba actual que usted recibe casa/domicilio de sección ocho
- Afirmación de Empleo incluido en este paquete

Apreciamos la oportunidad de servirle y le pedimos que junte toda la información solicitada lo más pronto posible, pues la aplicación debe ser completada con todos los documentos dentro de treinta (30) días.