

# SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Este formulario está disponible en español a petición

Según lo previsto en la ley federal, por la presente solicito al Regional Medical Center (RMC) que haga una determinación por escrito de mi elegibilidad para los servicios no compensados en RMC. Entiendo que la información, que presento en relación con mis ingresos anuales y el tamaño de la familia, está sujeta a verificación por parte de RMC, y autorizo la liberación de la información que soliciten. También entiendo que si la información que presento se determina que es falsa, dicha determinación resultará en una negación de la prestación de los servicios como servicios no compensados, y que seré responsable de los cargos por los servicios prestados.

## Completar esta solicitud y enviar a RMC con lo siguiente

- **Comprobante de determinación de elegibilidad de Medicaid, contactar a DHS al 800-642-6609 para pedir una solicitud o solicitar en línea en <http://dhs.iowa.gov/how-to-apply>.**
- Copia de la página de su declaración de impuestos del año pasado que muestra el "ingreso bruto ajustado"
- Copia de los talones de cheques de los últimos tres meses
- Copias de las facturas médicas sin pagar o pagadas recientemente en otras instalaciones

Enviar a:

**Regional Medical Center**

Fecha de solicitud / /

Solicitante				
Nombre				
Fecha nacimiento				
Dirección actual				
Ciudad		Calle		C. Postal
Tel. casa				
Tel. celular				
Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero				
Empleador				

Cónyuge o pareja (viviendo en el mismo hogar)				
Nombre				
Fecha nacimiento				
Dirección actual				
Ciudad		Calle		C.Postal
Tel. casa				
Tel. celular				
Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero				
Empleador				

Número de Dependientes

Listar dependientes menores de 18 años

Nombre	Fecha nacimiento	Relación

Nombre	Fecha nacimiento	Relación

## Verificación de ingreso: si trabaja fuera del hogar, proporcionar comprobante de ingreso de los últimos tres meses

Otra fuente de ingreso	Sí o No	Cantidad	¿Con qué frecuencia se recibe el ingreso?	Nombre o nombres de persona(s) recibiendo
AFDC Ayuda para niños dependientes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
Compensación Laboral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
Seguro Social (SS)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
Beneficios de Veteranos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
Manutención Infantil	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
Pensión Alimenticia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
Pagos de Seguro de Discapacidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
Dinero de intereses, dividendos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
Desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
Ingreso de Plan de Retiro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
Cuentas de Seguro de Salud	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
Ingreso de alquileres	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
Otro (explicar)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		

Se presentó declaración de impuestos el año pasado  Sí  No

¿Ha solicitado Asistencia Financiera de RMC en los últimos 12 meses?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si Sí, fecha aproximada de solicitud	/ /
Los balances de solicitudes anteriores no serán ajustados		

**Preguntas**  
563-927-7587  
[regmedctr.org/FAP](http://regmedctr.org/FAP)

Por la presente reconozco que la información anterior, dada a RMC es verdadera y correcta; y por la presente autorizo a RMC o su agente a verificar cualquier información en este formulario.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_