

Comprendo que la información que presento relacionada con mis ingresos anuales, tamaño del grupo familiar y bienes, está sujeta a verificación por parte de Lakeland Health. También comprendo que si se determina que la información que presento es falsa, dicha determinación podría dar como resultado el rechazo de esta solicitud y que el saldo pendiente sea adeudado y pagadero de inmediato.

Nombre del cliente _____ Devolver a más tardar _____

Nombre de la parte responsable _____ Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social ____ - ____ - _____ Ciudadano norteamericano Sí No Residente permanente Sí No Dirección _____ _____ Número de teléfono (____) ____ - _____	Nombre de cónyuge/pareja _____ Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social ____ - ____ - _____ Ciudadano norteamericano Sí No Residente permanente Sí No Dirección _____ _____ Número de teléfono (____) ____ - _____																																
Último empleador _____ Fecha de contratación _____ Fecha de último día de trabajo _____ <input type="checkbox"/> Sueldo \$ _____ / año \$ _____ / mes <input type="checkbox"/> Salario por hora \$ _____ horas/semana promedio _____	Último empleador _____ Fecha de contratación _____ Fecha de último día de trabajo _____ <input type="checkbox"/> Sueldo \$ _____ / año \$ _____ / mes <input type="checkbox"/> Salario por hora \$ _____ horas/semana promedio _____																																
Otra fuente de ingreso (indicar montos mensuales) <input type="checkbox"/> Seguro Social \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión conyugal \$ _____ <input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ <input type="checkbox"/> Discapacidad \$ _____ <input type="checkbox"/> Comisión \$ _____ <input type="checkbox"/> Propinas \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia \$ _____ <input type="checkbox"/> Rentas por alquiler \$ _____ <input type="checkbox"/> Inversiones \$ _____ <input type="checkbox"/> Asistencia pública \$ _____ <input type="checkbox"/> Cuidado de menores \$ _____ <input type="checkbox"/> Indemnización laboral \$ _____ <input type="checkbox"/> Otro _____	Otra fuente de ingreso (indicar montos mensuales) <input type="checkbox"/> Seguro Social \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión conyugal \$ _____ <input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ <input type="checkbox"/> Discapacidad \$ _____ <input type="checkbox"/> Comisión \$ _____ <input type="checkbox"/> Propinas \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia \$ _____ <input type="checkbox"/> Rentas por alquiler \$ _____ <input type="checkbox"/> Inversiones \$ _____ <input type="checkbox"/> Asistencia pública \$ _____ <input type="checkbox"/> Cuidado de menores \$ _____ <input type="checkbox"/> Indemnización laboral \$ _____ <input type="checkbox"/> Otro _____																																
Ingreso total por mes (incluye salario) \$ _____	Ingreso total por mes (incluye salario) \$ _____																																
Indique las cargas estipuladas en la Declaración de renta (que no sea usted o su cónyuge)																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 35%;">Nombre de las cargas</th> <th style="width: 25%;">Fecha de nacimiento</th> <th style="width: 40%;">Parentesco/relación con la parte responsable</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Nombre de las cargas	Fecha de nacimiento	Parentesco/relación con la parte responsable	_____	_____	_____	_____	_____	_____																							
Nombre de las cargas	Fecha de nacimiento	Parentesco/relación con la parte responsable																															
_____	_____	_____																															
_____	_____	_____																															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Bienes</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>Saldo de cuenta de cheques No. 1</td> <td>\$ _____</td> <td>Saldo de cuenta de cheques No. 2</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Saldo de cuenta de ahorros No. 1</td> <td>\$ _____</td> <td>Saldo de cuenta de ahorros No. 2</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Valor de las acciones</td> <td>\$ _____</td> <td>Valor de bonos</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Valor de los certificados de depósito</td> <td>\$ _____</td> <td>Valor de IRA No. 1</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Valor de los fondos mutuos</td> <td>\$ _____</td> <td>Valor de renta vitalicia</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Valor tasado de casa No. 1</td> <td>\$ _____</td> <td>Valor tasado de casa No. 2</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Otra propiedad</td> <td>\$ _____</td> </tr> </table>		Bienes				Saldo de cuenta de cheques No. 1	\$ _____	Saldo de cuenta de cheques No. 2	\$ _____	Saldo de cuenta de ahorros No. 1	\$ _____	Saldo de cuenta de ahorros No. 2	\$ _____	Valor de las acciones	\$ _____	Valor de bonos	\$ _____	Valor de los certificados de depósito	\$ _____	Valor de IRA No. 1	\$ _____	Valor de los fondos mutuos	\$ _____	Valor de renta vitalicia	\$ _____	Valor tasado de casa No. 1	\$ _____	Valor tasado de casa No. 2	\$ _____			Otra propiedad	\$ _____
Bienes																																	
Saldo de cuenta de cheques No. 1	\$ _____	Saldo de cuenta de cheques No. 2	\$ _____																														
Saldo de cuenta de ahorros No. 1	\$ _____	Saldo de cuenta de ahorros No. 2	\$ _____																														
Valor de las acciones	\$ _____	Valor de bonos	\$ _____																														
Valor de los certificados de depósito	\$ _____	Valor de IRA No. 1	\$ _____																														
Valor de los fondos mutuos	\$ _____	Valor de renta vitalicia	\$ _____																														
Valor tasado de casa No. 1	\$ _____	Valor tasado de casa No. 2	\$ _____																														
		Otra propiedad	\$ _____																														

Transporte

Año/modelo de vehículo No. 1 ____ / ____ Pagos \$ ____ /mes Saldo \$ ____ Gasolina \$ ____ / mes Seguro \$ ____ / mes
 Año/modelo de Vehículo No. 2 ____ / ____ Pagos \$ ____ /mes Saldo \$ ____ Gasolina \$ ____ / mes Seguro \$ ____ / mes
 Año/modelo de Vehículo No. 3 ____ / ____ Pagos \$ ____ /mes Saldo \$ ____ Gasolina \$ ____ / mes Seguro \$ ____ / mes
 Año/modelo de motocicleta ____ / ____ Pagos \$ ____ /mes Saldo \$ ____ Gasolina \$ ____ / mes Seguro \$ ____ / mes
 Año/modelo de bote ____ / ____ Pagos \$ ____ /mes Saldo \$ ____ Gasolina \$ ____ / mes Seguro \$ ____ / mes
 Año/modelo de moto de nieve ____ / ____ Pagos \$ ____ /mes Saldo \$ ____ Gasolina \$ ____ / mes Seguro \$ ____ / mes
 Casas rodantes ____ / ____ Pagos \$ ____ /mes Saldo \$ ____ Gasolina \$ ____ / mes Seguro \$ ____ / mes
 Caravanas, cuatrimotos, ____ / ____ Pagos \$ ____ /mes Saldo \$ ____ Gasolina \$ ____ / mes Seguro \$ ____ / mes
 vehículos todo terreno
 Tarifa mensual: Autobús \$ _____ Taxi \$ _____

Gastos del hogar

Pagos del hogar \$ ____ /mes Alquiler \$ ____ /mes Seguro de la vivienda (propia o alquilada) \$ ____ /mes
 Impuestos a la propiedad (año) \$ ____ /mes Gasolina/Propano \$ ____ /mes Electricidad \$ ____ /mes
 Agua \$ ____ /mes Teléfono \$ ____ /mes Celular \$ ____ /mes
 Cable/Satélite/Internet \$ ____ /mes Recolección de basura \$ ____ /mes Abarrotes \$ ____ /mes
 Cuidado de menores/ Pensión alimenticia \$ ____ /mes Ropa/vestimenta \$ ____ /mes Educación \$ ____ /mes
 Seguro medico \$ ____ /mes Seguro de vida \$ ____ /mes Otro \$ ____ /mes

Pagos de tarjeta de crédito/préstamos

Nombre del prestamista/tarjeta _____ Pagos \$ _____ Saldo \$ _____
 Nombre del prestamista/tarjeta _____ Pagos \$ _____ Saldo \$ _____
 Nombre del prestamista/tarjeta _____ Pagos \$ _____ Saldo \$ _____
 Nombre del prestamista/tarjeta _____ Pagos \$ _____ Saldo \$ _____
 Nombre del prestamista/tarjeta _____ Pagos \$ _____ Saldo \$ _____

Pagos médicos o de farmacia de su cargo

Nombre de proveedor o receta _____ Pagos \$ _____ Saldo \$ _____
 Nombre de proveedor o receta _____ Pagos \$ _____ Saldo \$ _____
 Nombre de proveedor o receta _____ Pagos \$ _____ Saldo \$ _____
 Nombre de proveedor o receta _____ Pagos \$ _____ Saldo \$ _____
 Nombre de proveedor o receta _____ Pagos \$ _____ Saldo \$ _____

¿El estado le negó asistencia de Medicaid por tener demasiados bienes? Sí No

En caso afirmativo, explique los bienes _____

Comprendo que la información que he presentado está sujeta a verificación por parte del hospital y a revisión por parte de las autoridades federales o estatales que corresponda además de otras entidades según sea necesario. Comprendo que se podría solicitar y revisar mi informe de crédito según sea necesario. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

 Firma del postulante o representante del paciente _____
 Fecha

 Firma del cónyuge/pareja del postulante _____
 Fecha

Adjunto copias de: _____ Comprobantes de sueldo/desempleo de los últimos tres meses
 _____ Estados bancarios de los últimos tres meses
 _____ Última declaración a la renta
 _____ Prueba de ciudadanía/residencia
 _____ Denegación de Medicaid (si corresponde)
 _____ Sin ingreso (si no tiene ingresos, incluya una carta de la persona que lo mantenga, incluido el parentesco/relación)

Enviar a: _____
 Lakeland Health
 P.O. Box 410
 St. Joseph, MI 49085
 Attn.: Patient Accounts