



## Solicitud para la Escala Ajustable de Cuotas

Una vez se aprueba, se aplicarán los descuentos a los servicios prestados en The Memorial Hospital.

Fecha del Servicio: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor marque si ha perdido su empleo recientemente: \_\_\_\_\_

Total número personas que viven en el hogar: \_\_\_\_\_

\*TODAS las personas deben listarse- aun cuando no sean familia ni estén trabajando.

Use el reverso de la hoja si es necesario.

### Salud

Nombre (Nombre de pila y apellido)

Parentesco

Fecha de Nacimiento

Ingreso Mensual

¿Seguro Médico? (Medicaid, Aetna, etc.)

\*Se corroborarán los familiares listados contra nuestros récords. Se devolverán las solicitudes con discrepancias para información adicional.

Liste todo el ingreso de los FAMILIARES EN EL HOGAR y ADJUNTE VERIFICACIÓN para CADA persona que vive en el hogar\*\*.

Por favor adjunte copias de los siguientes documentos:

1. La planilla de ingresos más reciente.
2. Si aplica después del 1 de julio, talones de pago de los 3 pagos más recientes.
3. Seguro Social/Beneficios de Pensión o carta de Recompensa.
4. Informes (o carta) del Banco mostrando depósitos directos.
5. Informes de Intereses.
6. Decretos de Divorcio/Custodia mostrando pagos que tienen que hacer.
7. Acuerdos de subsidio por Cuidado de crianza/Adopción.

\*\* Se devolverán las solicitudes para servicios con descuento si no se adjuntan todas las pruebas de ingreso.

\*\*\* La Business Office de TMH y TMHMC revisará su solicitud y le notificará dentro de dos semanas.

\*\*\* Deberá solicitar nuevamente por cada Situación Médica.

Yo solicito que The Memorial Hospital (TMH) determine mi elegibilidad para la escala ajustable de servicios prestados por el hospital (no incluye las clínicas de médicos). Yo entiendo que la información que yo proveo está sujeta a verificación por TMH. También yo entiendo que si se determina que la información que yo proveo es falsa, esto resultará en la negación de la escala ajustable de elegibilidad, y yo seré responsable por el pago total.

Yo afirmo que, a mi mejor saber, la información anterior y la información adjunta es verdadera y correcta. Si yo resulto ser elegible para la escala ajustable y no hago los pagos requeridos, entiendo que mi cuenta, y/o las cuentas de mi familia elegible arriba listada, serán enviadas a una agencia de colección.

FIRMA DEL SOLICITANTE:

FECHA:

Firma del Representante de TMH:

Descuento %

FECHA

Actualizada 06/18/13