

Instrucciones – Solicitud de Asistencia Financiera

Encompass Health Rehabilitation Hospital of Sioux Falls
4700 W. 69th Street
Sioux Falls, SD 57108
605.305.5600
ehc.rehab/SiouxFallsFA

Sección A – información para pacientes y guardián

1. Nombre del Paciente: Imprime claramente en la línea en blanco el nombre, el inicial del segundo nombre y el apellido del paciente.
2. Fecha: Imprime claramente en la línea en blanco la fecha de la solicitud.
3. Guardián: Imprime claramente en la línea en blanco el nombre, el inicial del segundo nombre y el apellido del tutor legal o otra persona responsable (“el Guardián”).
4. Relación: Imprime claramente en la línea en blanco la relación del guardián con la paciente.
5. Dirección: Imprime claramente en la línea en blanco la dirección donde vive el paciente, incluyendo la ciudad, el estado y código postal.
6. Número de Teléfono: Imprime claramente en la línea en blanco el número de teléfono del paciente.
7. Empleador del Paciente: Imprime claramente en la línea en blanco el nombre de la compañía para la que trabaja el paciente.
8. Título: Imprime claramente en la línea en blanco el título profesional del paciente.
9. Años Empleados: Imprime claramente en la línea en blanco la fecha de inicio del empleo.
10. Nombre del Esposo(a): Imprime claramente en la línea en blanco el nombre, el inicial del segundo nombre y el apellido del esposo(a) del paciente o guardián.
11. 1Número de Teléfono del Esposo(a): Imprime claramente en la línea en blanco el número de teléfono del esposo(a) del paciente o guardián.
12. Empleador del Esposo(a): Imprime claramente en la línea en blanco el nombre de la compañía para la que trabaja tu esposo(a).
13. Título: Imprime claramente en la línea en blanco el título profesional de tu esposo(a).
14. Años Empleados: Imprime claramente en la línea en blanco la fecha de inicio del empleo de tu esposo(a).
15. Duración del Tiempo en la Residencia Actual: Imprime claramente en la línea en blanco las fechas que ha vivido en la dirección proveída en la solicitud.
16. Número Total de Dependientes: Imprime claramente en la línea en blanco el número de dependientes en tu hogar, incluyéndote a tú mismo. Los dependientes son ellos que generalmente califican como tus dependientes para el propósito de sus impuestos federales.
17. Proveedor de Seguro de Salud: Imprime claramente en la línea en blanco el nombre de tu proveedor de seguro de salud (incluyendo Medicare, Medicaid y otra cobertura que tengas).
18. Número de Póliza: Imprime claramente en la línea en blanco la póliza o número de cuenta de tu póliza de seguro.

Sección B – activos

Activos Familiares Totales: Imprime claramente los activos de tu hogar (tú mismo, tu esposo(a) y tus dependientes). Puedes añadir más hojas de papel si necesitas más espacio. Provee el valor en efectivo, así como cualquier préstamo u obligación que tenga sobre el activo.

- Si tu hogar tiene activos que no aparecen en la lista, por favor indica la cantidad en la línea para “Otro” y provee una descripción.
- Activos incluyen, pero no son limitados a las cuentas de ahorros y cuentas corrientes, cuentas de ahorros para atención médica, cuentas de gastos flexibles, fideicomisos, cuentas de jubilación, activos de inversión, otros activos líquidos, bienes raíces (distinto de la residencia principal), beneficios de organizaciones de beneficencia, acuerdos de litigios pendientes o finalizados, etc.

Sección C - ingresos

Ingreso Familiar Total: Imprime claramente el ingreso de tu hogar (tú mismo, tu esposo(a) y tus dependientes) que recibe de todas las fuentes. Puedes añadir más hojas de papel si necesitas más espacio. Provee las cantidades brutas y las cantidades recibidas después de impuestos y otras deducciones.

- Si tu hogar recibe un ingreso de una fuente que no aparece en la lista, por favor indica la cantidad en la línea para “Otro” y provee una descripción.
- Fuentes de ingreso incluyen, pero no son limitadas a salarios, propinas, pagos de seguridad social, subsidios de jubilación, desempleo, compensación laboral, beneficios de veteranos, asistencia pública, pensión alimenticia, pensiones, contratos de seguro o de anualidad, ingresos por inversiones, etc.

Sección D – deudas y obligaciones

Deudas y Obligaciones Familiares Totales: Imprime claramente las deudas y obligaciones de tu hogar (tú mismo, tu esposo(a) y tus dependientes). Puedes añadir más hojas de papel si necesitas más espacio. Provee la cantidad total de la deuda u obligación y la cantidad de pago mensual.

- Si tu hogar tiene deudas u obligaciones que no aparecen en la lista, por favor indica la cantidad en la línea para “Otro” y provee una descripción.
- Si tu hogar tiene deudas u obligaciones que no están pagadas por ti cada mes, toma la cantidad total debida durante los últimos 12 meses, divídela por 12 y indica esa cantidad en la solicitud.
- Fuentes de deudas y obligaciones incluyen, pero no son limitadas a las hipotecas para inmueble, facturas de servicios públicos, teléfono, alimentos, préstamos para automóviles, cuentas de cargo y crédito, otros préstamos, etc.

Sección E – documentos requeridos

Los documentos enumerados en esta sección son necesarios para ayudarnos a determinar si calificas para recibir asistencia financiera bajo nuestra Política de Asistencia Financiera. Si no tienes, o no puedes producir los artículos enumerados, por favor incluye una explicación de por qué. Por favor nota que una representante del hospital puede pedir más información o documentación mientras procesando tu solicitud.

Sección F – certificación

Firma del Paciente/ Guardián: Lee atentamente la declaración de reconocimiento en esta sección, firme la solicitud y indica la fecha.

Instrucciones de enviar/ información del contacto

Entrega la Solicitud de Asistencia Financiera con los documentos de apoyo a la dirección de tu hospital local Encompass Health.

Más información sobre la Política de Asistencia Financiera o asistencia con el proceso de la aplicación está disponible del controlador de tu hospital local HealthSouth por teléfono, en persona u online a la dirección del sitio web. A pedido, traducciones de la Política de Asistencia Financiera, el Resumen en Lenguaje Sencillo, la Solicitud de Asistencia Financiera y Instrucciones están disponibles en algunas lenguas extranjeras.



Rehabilitation Hospital of **Sioux Falls**

POR FAVOR CONSULTE LAS INSTRUCCIONES PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL PARA COMPLETAR LA SOLICITUD.

Nombre del Paciente		Fecha	
Garante (si no es paciente)		Relación	
Dirección		Número de Teléfono	
Empleador del Paciente	Título	Años Empleados	
Nombre del Cónyuge		Número del Cónyuge	
Empleador del Cónyuge	Título	Años Empleados	
Tiempo en Dirección Actual		Número Total de Dependientes (incluyéndolo a usted mismo)	
17. Proveedor de Seguro de Salud		18. Número de Póliza	

Sección B - Activos

Artículo	Descripción	Valor en Dinero	
Cuenta Corriente (Nombre del Banco)		\$	
Cuenta de Ahorros (Nombre del Banco)		\$	
Cuenta Adicional (Nombre del Banco)		\$	
Artículo	Descripción	Saldo Adeudado	Valor en Dinero
3. Propiedad de Viviendas		\$	\$
4. Otros Bienes Inmuebles		\$	\$
5. Coche(s) Marca y Año		\$	\$
6. Seguro de Vida Permanente		\$	\$
7. Otra (Explica)		\$	\$
8. Otra (Explica)		\$	\$
Totales		\$	\$ 0

Sección C - Ingresos

1. Su Sueldo Bruto	por mes	Después de impuestos y deducciones
2. Sueldo Bruto del Cónyuge	por mes	Después de impuestos y deducciones
3. Otro Ingreso Detallado	por mes	Después de impuestos y deducciones
4. Otro Ingreso Detallado	por mes	Después de impuestos y deducciones
5. Explicación de Otro(s) Ingreso(s)	por mes	Después de impuestos y deducciones

Se requiere la verificación - por favor adjunte copias de mostrar la prueba de ingresos.

Sección D - Deudas y Obligaciones

Por Favor Liste Todas las Deudas - Se Requiere la Verificación

Artículo	Total Adeudado	Pago Mensual
1. El Hogar Poseer Alquilar	\$	\$
2. Utilidades de Electricidad, Gas, Agua, etc.	\$	\$
3. Teléfono	\$	\$
4. Comida	\$	\$
5. Coche(s)	Pagos	\$
	Seguros	\$
6. Cuenta(s) de Crédito, Tarjeta(s) de Crédito (Lista):		
a)	\$	\$
b)	\$	\$
c)	\$	\$
d)	\$	\$
e)	\$	\$
f)	\$	\$
7. Préstamos		
a) Compañía de Finanzas	\$	\$
b) Banco	\$	\$
c) Cooperativa de Crédito	\$	\$
8. Variado (explica)		
a)	\$	\$
b)	\$	\$
9. Embargos o Sentencias: ¿Usted tiene algunos juicios o gravámenes pendientes?		
Sí	\$	\$
No	\$	\$

Por favor proporcione una copia de la más reciente declaración de impuestos archivado con el IRS y documentos para apoyar las cantidades proporcionadas en Secciones B, C y D. Esto incluye copias de paystubs más recientes, declaraciones de la cuenta, etc.

Certifico que la información en esta solicitud es una declaración verdadera y completa de los hechos según mi mejor conocimiento y creencia. Entiendo que la falsificación de o la falta de proporcionar la información completa requerida en esta solicitud, o el fracaso/ el rechazo de completarla, puede causar ser negado junto a un plan del pago ampliado, o puede anular cualquier acuerdo de pago ya en efecto.

Firmado: _____ Fecha: _____

Uso Interno de Encompass Health Sólo:

Fecha Recibida: _____

Revisión de Controlador: _____ Firma _____ Fecha: _____

Aprobación/Desmentido del Administrador: _____ Firma _____ Fecha: _____
(marca con un círculo)