



DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre del solicitante _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección postal: _____
Teléfono: _____

Dependientes (deben figurar como dependientes en la declaración de la renta del solicitante)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

INGRESOS – Ingresos del solicitante (y de su cónyuge, si corresponde); (dos o tres) talones de pago más recientes, talones de pago del seguro de desempleo o información suficiente sobre la forma en que los pacientes se mantienen actualmente.

Fuente de ingresos:	Nombre del perceptor de ingresos:	Importe anual:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si no tiene ingresos, indique los medios de subsistencia (es decir, cómo se le proporciona la comida, el alquiler, etc.):

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE PRESENTARSE CON LA SOLICITUD:

- ☐ Copia de la declaración de la renta federal más reciente. (obligatoria; no se aceptan W2).
- ☐ Prueba de ingresos del solicitante (y de su cónyuge, si corresponde); (dos o tres) talones de pago más recientes, talones de pago del desempleo, declaración de prestaciones de la Seguridad Social o información suficiente sobre cómo se mantienen actualmente los pacientes (obligatorio).
- ☐ Extractos bancarios para respaldar todas las cuentas de efectivo e inversiones que muestren tres meses (obligatorio cuando se consideren Ingresos definidos por cualquier medio distinto de los ingresos brutos ajustados).
- ☐ Carta de denegación de Medicaid fechada dentro del período de tres meses más reciente (obligatoria para adultos con ingresos iguales o inferiores al 125% de los umbrales federales de pobreza o para niños con ingresos familiares iguales o inferiores al 300% de los umbrales federales de pobreza).

Es posible que se solicite información adicional para validar la solicitud, que puede incluir, entre otras cosas, la revisión de los activos disponibles u otros recursos financieros (pueden utilizarse fuentes externas y públicas, incluidas las puntuaciones de crédito).

Por la presente solicito a The Richland Hospital and Clinics que determine la elegibilidad para la Asistencia Comunitaria de las cuentas activas de las personas mencionadas anteriormente. Entiendo que las cuentas que se han remitido a una agencia exterior para tomar acción de cobranza no son elegibles para la consideración de Asistencia Comunitaria.

Fecha

Si se aprueba, fecha en que se aplica el descuento a la cuenta: