

**Programa de asistencia económica
Noland Health Services, Inc.**

Noland Health Services, Inc. (Noland) proporciona asistencia económica a personas que cumplan con ciertos requisitos de ingresos. Para determinar si una persona califica para recibir asistencia económica, necesitamos cierta información financiera, de acuerdo con lo establecido en esta solicitud. Su cooperación nos permitirá considerar su solicitud como se debe.

Por favor llene la solicitud de asistencia económica y devuélvala junto con la documentación solicitada a:

Noland Health Services, Inc.
Central Business Office Attn: Director of CBO
600 Corporate Parkway, Suite 100
Birmingham, AL 35242

Las solicitudes que recibamos y que no tengan la documentación solicitada no se considerarán hasta que se reciban dichos documentos.

Si necesita ayuda para llenar la solicitud, puede comunicarse con nosotros al (205) 783-8443, de lunes a viernes, de 8:00 de la mañana a 4:30 de la tarde.

Documentos necesarios

Comprobante de ingresos: Declaraciones fiscales estatales y federales sobre ingresos del año anterior. Si no presentó declaraciones fiscales sobre ingresos, por favor llame al Servicio de Impuestos Internos (IRS) para solicitar una carta de verificación que refleje que no se presentó este documento. Puede obtener esta carta si llama al teléfono 1-800-829-1040 o al 1-800-829-0922. Si no tiene ingresos, por favor proporcione una carta que declare cómo se cubren las necesidades cotidianas.

Comprobante de gastos: Copia de pagos de hipoteca o contratos de renta, copias de estados de cuentas de tarjetas de crédito, préstamos bancarios, préstamos automotrices, pagos de seguro, de servicios públicos, del cable y de teléfonos móviles, además de otros documentos que se soliciten.

Declaraciones bancarias o de inversiones recientes: Proporcione los últimos dos estados de cuenta mensuales de todas las cuentas activas, como pueden ser de cheques, de ahorros y de inversiones.

La información proporcionada en esta solicitud está sujeta a verificación y se usará para determinar si tiene la capacidad de pagar su deuda. Cualquier información falsa que proporcione resultará en la denegación de la asistencia económica.

Noland Health Services

Solicitud de asistencia económica

Paciente o residente: _____

Nombre del solicitante: _____

Domicilio del paciente, residente o solicitante: _____

Teléfono del paciente, residente o solicitante: _____

Instalaciones médicas: _____

Fecha del servicio: _____

Número de cuenta: _____

Cantidad de la solicitud: _____

Número de personas que viven en el hogar (todos los adultos y dependientes): _____

INGRESOS		APOYOS PARA EL HOGAR																	
Sueldo o salario bruto (residente o paciente)	_____	Enumere todos los beneficios que actualmente se reciben de recursos sociales y gubernamentales, como vales de comida, subsidios para renta, Medicaid, asistencia para el pago de servicios públicos, guardería, etcétera. Anote cada agencia, organismo o fuente de apoyo, y la cantidad mensual que se recibe de apoyo. <table border="1"><thead><tr><th>Fuente</th><th>Cantidad</th></tr></thead><tbody><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table>		Fuente	Cantidad	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Fuente	Cantidad																		
_____	_____																		
_____	_____																		
_____	_____																		
_____	_____																		
_____	_____																		
_____	_____																		
_____	_____																		
Sueldo o salario bruto (otro hogar)	_____																		
Ingreso total del hogar por seguro social	_____																		
Ingreso total del hogar por pensión o jubilación	_____																		
Ingreso total del hogar por trabajo independiente	_____																		
Ingreso total del hogar por dividendos, intereses o anualidades	_____																		
Otro ingreso: especificar	_____																		
Otro ingreso: especificar	_____																		
<ul style="list-style-type: none">Proporcione una copia de la declaración fiscal sobre ingresos del año pasado, para verificar su ingreso.Si tiene empleo, proporcione una copia del recibo de nómina o de pago más reciente.																			

INFORMACIÓN DE EMPLEO			
Proporcione el nombre y número de teléfono de los empleadores de los integrantes adultos del hogar.			
Nombre: _____	_____	Nombre del empleador: _____	_____
Domicilio: _____	_____	Teléfono: _____	_____
Nombre: _____	_____	Nombre del empleador: _____	_____
Domicilio: _____	_____	Teléfono: _____	_____
Si no tienen empleo, escriba una breve explicación de la razón. _____ _____ _____ _____			

ACTIVOS DEL HOGAR			
Enumere todas las casas, propiedades, vehículos, botes, etcétera, y su valor aproximado. Además, incluya todas las cuentas bancarias, certificados de depósito, cuentas de inversión y sus valores actuales, además del valor en efectivo de pólizas de seguro de vida.			
Descripción	Valor/saldo	Descripción	Valor/saldo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DEUDAS Y PASIVOS PENDIENTES

Enumere todos los préstamos y cuentas de crédito que posea. Incluya el nombre del acreedor, las cantidades y los pagos mensuales. Es importante mencionar cualquier otra deuda médica o con un doctor. Si es necesario, use otra hoja de papel y adjúntela a la solicitud.

Acreeador o empresa a la que le debe	Saldo o cantidad adeudada	Pago mensual
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

GASTOS DEL HOGAR

Enumere los gastos mensuales aproximados del hogar para las siguientes categorías:

Receptor del pago	Pago mensual
Renta o hipoteca	_____
Comida	_____
Electricidad y gas	_____
Teléfono	_____
Medicamentos	_____
Televisión e Internet	_____
Impuesto sobre la propiedad (anual)	_____
Prima de seguro	_____
Prima de seguro	_____
Prima de seguro	_____
Otro: especificar	_____
Otro: especificar	_____
Otro: especificar	_____

CONSIDERACIONES

La solicitud debe llenarse por completo. Si esto no es posible, proporcione una explicación por escrito del motivo. Si cree que hay más información pertinente e importante para esta solicitud, puede escribirla en una hoja de papel por separado y adjuntarla a este formulario. Sin una solicitud completa o una explicación aceptable, entonces la petición está sujeta a denegación.

La asistencia económica se proporciona a la entera discreción de Noland Health Services y puede revocarse en cualquier momento. La solicitud será analizada y se llegará a una decisión final a más tardar 30 días después de recibida la solicitud completa, y la notificación de la decisión se le enviará por correo a la persona que hizo la solicitud.

Firma del solicitante, paciente o residente

Fecha

Si la firma un solicitante, especifique la relación con el paciente o residente.