



Fecha de hoy \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Fecha Regresó \_\_\_\_\_

**Solicitud de Beneficencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Seguro Social # (opcional) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de su esposo (a): \_\_\_\_\_ Seguro Social # (opcional) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zona Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono celular # \_\_\_\_\_

Nombre de Dependiente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nombre de Dependiente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nombre de Dependiente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de Dependiente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Verificación de Ingresos:**

Por favor adjunte una copia de sus W-2, o los talones de pago de su cheque de los últimos 3 meses con esta aplicación de todos los miembros de la familia que estén trabajando. De no hacerlo dará lugar a que sea negada la solicitud de su aplicación.

USTED

ESPOSO(A)

Empleador: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual en Bruto: \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual en Bruto: \_\_\_\_\_

Otro Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_

Otro Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_

Otro Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_

Otro Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_

(Bienestar, Discapacidad, Manutención de los Hijos, Compensación al trabajador, Desempleo, Pensiones, Rentas, Pensión Alimenticia, Beneficios de Sobreviviente de Veterano, Retiro)

¿Tiene usted una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA) y o una cuenta de gastos flexibles? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Yo, certifico que la información arriba mencionada es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Aún más, hare una aplicación para asistencia (Medicaid, Medicare, Seguro Médico, etc.) Alguno de ellos puede estar disponible para pago de gastos del hospital. Yo tomaré alguna medida razonable necesaria para obtener tal asistencia que y asignaré al hospital o pagaré al hospital tal suma recobrada por tales cargos. Entiendo que la información proporcionada es que se utilizará para determinar para pagar por los servicios proveídos por LRHC. Por la presente doy permiso a Lexington Regional Meath Center para investigar la información que contiene.

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor llene esta forma con letra de imprenta y envíela por correo o entréguela en:

Lexington Regional Health Center  
c/o Oficina de Negocios  
PO Box 980  
Lexington, Ne 68850  
(308) 324-5651

**Ingreso Mensual en el hogar:** Se requiere prueba por escrito

Artículo	Suyo	Esposo (a)	Dependientes	Total
Ganancias en Bruto	_____	_____	_____	_____
Compensación al Trabajador	_____	_____	_____	_____
Intereses /Dividendos	_____	_____	_____	_____
Pensión Alimenticia	_____	_____	_____	_____
Rentas	_____	_____	_____	_____
Militar	_____	_____	_____	_____
Cupones de Comida/WIC	_____	_____	_____	_____
Ayuda Monetaria del Estado	_____	_____	_____	_____
Desempleo	_____	_____	_____	_____
Discapacidad/SSI	_____	_____	_____	_____
Seguro Social	_____	_____	_____	_____
Otro Ingreso	_____	_____	_____	_____
Algún Asentamiento Posible en el futuro	_____	_____	_____	_____
<b>TOTALES</b>				_____

Nosotros necesitamos una copia de lo siguiente para poder tomar una determinación de la asistencia que podemos dar. (si es aplicable)

\_\_\_\_\_ Una Carta de Rechazo del Departamento de Servicios Sociales, (Medicaid) vaya a [www.accessnebraska.gov](http://www.accessnebraska.gov) escoja inglés/español, conteste las preguntas y presione aplique, a continuación imprimir si se le negó.

\_\_\_\_\_ Copia de su Declaración de Impuestos del año anterior, tiene que estar Completa y Firmada.

\_\_\_\_\_ Copia más reciente del talón de pago de su cheque.

\_\_\_\_\_ Copia de los últimos tres meses de estado de cuenta bancarios con explicación de todos los depósitos.

\_\_\_\_\_ Copia de cualquier indemnización recibida, por ejemplo desempleo.

\_\_\_\_\_ Copia de determinación del Seguro Social, si es aplicable.

<b>Office Use Only</b>	<b>Amount Approved</b>		
Total Income _____	Approved By _____	Approved By _____	Approved By _____
Total Assets _____	Date _____	Date _____	Date _____
Size of Household _____	Denied By _____	Denied By _____	Denied By _____
Guidelines \$ _____	Date _____	Date _____	Date _____