



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 asignaréa 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	_____	_____	_____	_____
TOTALES				_____

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 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.

Office Use Only	Amount Approved		
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 _____