

1 Abrahms Boulevard  
West Hartford, CT 06117-1525  
Tel: 860.523.3800  
Admisiones 860.218.2323  
Fax: 860.523.3949  
[www.hebrewhealthcare.org](http://www.hebrewhealthcare.org)



## Instrucciones para la Solicitud de Asistencia Financiera al Paciente y Documentos Requeridos

Para poder ser considerado elegible para recibir ayuda financiera, toda la solicitud debe estar debidamente llenada y firmada por usted (o la persona responsable). Tenga en cuenta que toda la información presentada en el formulario será verificada a través de instituciones legítimas.

Sírvase proporcionar los siguientes documentos que correspondan a su hogar. Por favor, presente sólo copias - no documentos originales, si procede.

- **Copia** de la Declaración Federal del Impuesto sobre la Renta Propia y de su Cónyuge, de la última que haya presentado, (si es en los últimos 5 años.)  
(Envíe sólo las dos primeras páginas de su declaración de la renta - forma 1040).
- Dos **copias** de los últimos recibos de pago de nómina propios y de su cónyuge (en los últimos 12 meses).
- **Copia** de determinación del subsidio de Desempleo.
- **Copia** de Medicaid o rechazo de asistencia médica
- **Copia** del Formulario W-2
- **Copia** de Identificación con Fotografía Válida
- Una declaración escrita de un empleado del DSS u organismo similar
- 

HHHC también considerará lo siguiente para determinar la elegibilidad:

- Extractos bancarios
- Recibos de alquiler que incluyan información sobre el subsidio.
- Certificados de nacimiento de dependientes
- Estados de cuentas pendientes

===== ¡IMPORTANTE! =====

La no presentación de los documentos solicitados o el suministro de información incorrecta en la

solicitud dará lugar a la **DENEGACIÓN** de su solicitud, haciéndole responsable de la totalidad del saldo.

Si tiene alguna pregunta o necesita más tiempo para presentar su solicitud, póngase en contacto con (860) 523-3953.

Si prefiere enviar los documentos por fax, nuestro número de fax es (860) 523-3836.

Envíe la solicitud debidamente llenada y firmada, junto con los documentos de apoyo, a:

Hebrew Health Care, Inc.  
Financial/Billing Office  
1 Abrahms Boulevard  
West Hartford, CT 0611

1 Abrahms Boulevard  
 West Hartford, CT 06117-1525  
 Tel: 860.523.3800  
 Admisiones 860.218.2323  
 Fax: 860.523.3949  
[www.hebrewhealthcare.org](http://www.hebrewhealthcare.org)

**Solicitud de Ayuda Económica al Paciente**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Su número de teléfono: (    ) \_\_\_\_\_

Solicitante (o progenitor): Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_  
 Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_Casado/a \_\_\_Soltero/a \_\_\_Viudo/a \_\_\_Divorciado/a \_\_\_Separado/a

Información general	Sí	No
¿Tiene hijos menores de 18 años que vivan con usted?		
¿Tiene un empleo?		
¿Tiene seguro médico?		
¿Es discapacitado?		
¿Es veterano?		
¿Recibe actualmente prestaciones de Medicaid?		

Información financiera:

**¿Cuáles son las cantidades y fuentes de ingresos familiares?** (Incluya sueldos / salarios / ingresos de cualquier fuente para el paciente y su cónyuge o persona responsable)

Fuente de ingresos	Cantidad / Valor
Sueldo / Salario	
¿Otros ingresos?	
¿Posee algún automóvil? En caso afirmativo, indique el valor bruto estimado	
Saldo total en su cuenta corriente, de ahorro, certificados de depósito o valores	
¿Tiene alguna cuenta de jubilación individual (IRA, 401K, etc.)?	
¿Es propietario o alquila su vivienda? Si es propietario, indique el valor actual:	

¿Tiene otros bienes en EE.UU. o en otro país? En caso afirmativo, indique el valor bruto estimado. (Enumere todos los bienes y su valor en una página aparte y adjúntela)	
---	--

**SÓLO PARA USO OFICIAL DEL PAFS - NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA**

SOLICITUD RECIBIDA EL: \_\_\_\_\_

SOLICITUD APROBADA \_\_\_\_\_ DENEGADA \_\_\_\_\_

Motivo de la inadmisión: \_\_\_\_\_

Representante del hospital / Dirección Firma y fecha: \_\_\_\_\_

**(por favor, dar vuelta a la página)**

1 Abrahms Boulevard  
West Hartford, CT 06117-1525  
Tel: 860.523.3800  
Admisiones 860.218.2323  
Fax: 860.523.3949  
[www.hebrewhealthcare.org](http://www.hebrewhealthcare.org)

Certifico bajo pena de perjurio que la información que he facilitado es correcta, veraz y completa a mi leal saber y entender. Asimismo, autorizo la comprobación de todos los datos relativos a mi admisibilidad.

**ACUSE DE RECIBO**

Firma del paciente o del garante \_\_\_\_\_

Con el testimonio de \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección del anterior \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_