Instrucciones y solicitud de ayuda financiera

Encompass Health Rehabilitation Hospital, a partner of Washington Regional
153 East Monte Painter Drive
Fayetteville, AR 72703
479.444.2200
ehc.rehab/FayettevilleFA

Sección A – información para pacientes y guardián

1. Nombre del Paciente: Imprime claramente en la línea en blanco el nombre, el inicial del segundo nombre y el apellido del paciente.
2. Fecha: Imprime claramente en la línea en blanco la fecha de la solicitud.
3. Guardián: Imprime claramente en la línea en blanco el nombre, el inicial del segundo nombre y el apellido del tutor legal o otra persona responsable (“el Guardián”).
4. Relación: Imprime claramente en la línea en blanco la relación del guardián con la paciente.
5. Dirección: Imprime claramente en la línea en blanco la dirección donde vive el paciente, incluyendo la ciudad, el estado y código postal.
6. Número de Teléfono: Imprime claramente en la línea en blanco el número de teléfono del paciente.
7. Empleador del Paciente: Imprime claramente en la línea en blanco el nombre de la compañía para la que trabaja el paciente.
8. Título: Imprime claramente en la línea en blanco el título profesional del paciente.
9. Años Empleados: Imprime claramente en la línea en blanco la fecha de inicio del empleo.
10. Nombre del Esposo(a): Imprime claramente en la línea en blanco el nombre, el inicial del segundo nombre y el apellido del esposo(a) del paciente o guardián.
11. Número de Teléfono del Esposo(a): Imprime claramente en la línea en blanco el número de teléfono del esposo(a) del paciente o guardián.
12. Empleador del Esposo(a): Imprime claramente en la línea en blanco el nombre de la compañía para la que trabaja tu esposo(a).
13. Título: Imprime claramente en la línea en blanco el título profesional de tu esposo(a).
14. Años Empleados: Imprime claramente en la línea en blanco la fecha de inicio del empleo de tu esposo(a).
15. Duración del Tiempo en la Residencia Actual: Imprime claramente en la línea en blanco las fechas que ha vivido en la dirección proveída en la solicitud.
16. Número Total de Dependientes: Imprime claramente en la línea en blanco el número de dependientes en tu hogar, incluyéndote a tú mismo. Los dependientes son ellos que generalmente califican como tus dependientes para el propósito de sus impuestos federales.

©2025:Encompass Health Corporation:1485000

17. Proveedor de Seguro de Salud: Imprime claramente en la línea en blanco el nombre de tu proveedor de seguro de salud (incluyendo Medicare, Medicaid y otra cobertura que tengas).
18. Número de Póliza: Imprime claramente en la línea en blanco la póliza o número de cuenta de tu póliza de seguro.

Sección B – activos

Activos Familiares Totales: Imprime claramente los activos de tu hogar (tú mismo, tu esposo(a) y tus dependientes). Puedes añadir más hojas de papel si necesitas más espacio. Provee el valor en efectivo, así como cualquier préstamo u obligación que tenga sobre el activo.

- Si tu hogar tiene activos que no aparecen en la lista, por favor indica la cantidad en la línea para “Otro” y provee una descripción.
- Activos incluyen, pero no son limitados a las cuentas de ahorros y cuentas corrientes, cuentas de ahorros para atención médica, cuentas de gastos flexibles, fideicomisos, cuentas de jubilación, activos de inversión, otros activos líquidos, bienes raíces (distinto de la residencia principal), beneficios de organizaciones de beneficencia, acuerdos de litigios pendientes o finalizados, etc.

Sección C - ingresos

Ingreso Familiar Total: Imprime claramente el ingreso de tu hogar (tú mismo, tu esposo(a) y tus dependientes) que recibe de todas las fuentes. Puedes añadir más hojas de papel si necesitas más espacio. Provee las cantidades brutas y las cantidades recibidas después de impuestos y otras deducciones.

- Si tu hogar recibe un ingreso de una fuente que no aparece en la lista, por favor indica la cantidad en la línea para “Otro” y provee una descripción.
- Fuentes de ingreso incluyen, pero no son limitadas a salarios, propinas, pagos de seguridad social, subsidios de jubilación, desempleo, compensación laboral, beneficios de veteranos, asistencia pública, pensión alimenticia, pensiones, contratos de seguro o de anualidad, ingresos por inversiones, etc.

Sección D – deudas y obligaciones

Deudas y Obligaciones Familiares Totales: Imprime claramente las deudas y obligaciones de tu hogar (tú mismo, tu esposo(a) y tus dependientes). Puedes añadir más hojas de papel si necesitas más espacio. Provee la cantidad total de la deuda u obligación y la cantidad de pago mensual.

- Si tu hogar tiene deudas u obligaciones que no aparecen en la lista, por favor indica la cantidad en la línea para “Otro” y provee una descripción.
- Si tu hogar tiene deudas u obligaciones que no están pagadas por ti cada mes, toma la cantidad total debida durante los últimos 12 meses, divídela por 12 y indica esa cantidad en la solicitud.
- Fuentes de deudas y obligaciones incluyen, pero no son limitadas a las hipotecas para inmueble, facturas de servicios públicos, teléfono, alimentos, préstamos para automóviles, cuentas de cargo y crédito, otros préstamos, etc.

©2025:Encompass Health Corporation:1485000

Sección E – documentos requeridos

Los documentos enumerados en esta sección son necesarios para ayudarnos a determinar si calificas para recibir asistencia financiera bajo nuestra Política de Asistencia Financiera. Si no tienes, o no puedes producir los artículos enumerados, por favor incluye una explanación de por qué. Por favor nota que una representativa del hospital puede pedir más información o documentación mientras procesando tu solicitud.

Sección F – certificación

Firma del Paciente/ Guardián: Lee atentamente la declaración de reconocimiento en esta sección, firme la solicitud y indica la fecha.

Instrucciones de enviar/ información del contacto

Entrega la Solicitud de Asistencia Financiera con los documentos de apoya a la dirección de tu hospital local Encompass Health.

Más información sobre la Política de Asistencia Financiera o asistencia con el proceso de la aplicación está disponible del controlador de tu hospital local HealthSouth por teléfono, en persona u online a la dirección del sitio web. A pedido, traducciones de la Política de Asistencia Financiera, el Resumen en Lenguaje Sencillo, la Solicitud de Asistencia Financiera y Instrucciones están disponibles en algunas lenguas extranjeras.

©2025:Encompass Health Corporation:1485000

Encompass Health
Rehabilitation Hospital
a partner of WashingtonRegional

CONSULTE LAS INSTRUCCIONES PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE CÓMO COMPLETAR LA SOLICITUD

Sección A: Información del paciente y garante

Nombre del paciente		Fecha
Garante (si no es el paciente)	Relación	
Dirección		Teléfono
Empleador del paciente	Especialidad	Años de empleo
Nombre del cónyuge		Teléfono del cónyuge
Empleador del cónyuge	Especialidad	Años de empleo
Tiempo en la residencia actual	Número total de dependientes (incluido usted)	
17. Proveedor de seguro médico	18. Número de póliza	

Sección B: Ingresos

1. Su ingreso bruto ajustado	☐ por mes ☐ por año
2. El ingreso bruto ajustado de su cónyuge	☐ por mes ☐ por año
3. Otros ingresos	☐ por mes ☐ por año
4. Otros ingresos	☐ por mes ☐ por año
5. Ingresos mensuales totales	
Descripción de otros ingresos	

Se requiere verificación: adjunte copias para demostrar sus ingresos

©2025 Encompass Health Corporation
Revised 10/01/2025

REORDER # EH-FM-1406308

©2025:Encompass Health Corporation:1485000

Sección C: Gastos básicos

		Pago mensual
1. Vivienda ☐ Propia ☐ Alquilada		$
2. Servicios públicos: electricidad, gas, agua, etc.		$
3. Teléfono		$
4. Alimentos		$
5. Vehículos	Pagos	$
	Seguro	$
6. Enumere otras obligaciones mensuales de gastos básicos		
a)		$
b)		$
c)		$
d)		$
e)		$
f)		$
7. Total de gastos básicos mensuales		$

Sección D: Documentos requeridos

Proporcione una copia de la declaración de impuestos sobre la renta más reciente presentada ante el IRS (Servicio de Impuestos Internos) y cualquier otro documento que respalde la información proporcionada en las Secciones B y C.

Sección E: Certificación

Certifico que la información que se proporciona en esta solicitud es una declaración verdadera y completa de los hechos que se relacionan a mi leal saber y entender. Comprendo que falsificar o no proporcionar la información completa que se requiere en esta solicitud, o el hecho de no completarla o negarse a hacerlo, puede dar como resultado la denegación de la ayuda económica.

Firmado: _____ Fecha: _____

Solo para uso interno de Encompass:

Fecha de recepción: _____

Recepción del controlador: _____ Fecha: _____
Firma

Aprobación o negación administrativa: _____ Fecha: _____
(encierre una opción con un círculo) Firma

Nivel de ayuda económica: ☐ Sin costo ☐ Descuento (monto)

Si se aplica un descuento, el ingreso mensual total menos el total de gastos básicos

©2025:Encompass Health Corporation:1485000