

Instrucciones: solicitud de ayuda económica

Encompass Health Rehabilitation Hospital of Central Florida - Sumter County
5550 Meggison Road
The Villages, FL 32163
352.571.3300
ehc.rehab/SumterCountyFA

Sección A: Información del paciente y garante

1. Nombre del paciente: escriba con claridad sobre la línea en blanco el nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del paciente.
2. Fecha: escriba con claridad sobre la línea en blanco la fecha de la solicitud.
3. Garante: escriba con claridad sobre la línea en blanco el nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del padre, madre, tutor legal u otra persona responsable ("garante") del paciente.
4. Vínculo: escriba con claridad sobre la línea en blanco la relación que tiene el paciente con el garante.
5. Dirección: escriba con claridad sobre la línea en blanco la dirección donde vive el paciente, incluida la ciudad, el estado y el código postal.
6. Teléfono: escriba con claridad sobre la línea en blanco el número de teléfono del paciente.
7. Empleador del paciente: escriba con claridad sobre la línea en blanco el nombre de la empresa para la que trabaja el paciente.
8. Cargo: escriba con claridad sobre la línea en blanco el cargo del paciente.
9. Años de empleo: escriba con claridad sobre la línea en blanco la fecha de inicio de empleo.
10. Nombre del cónyuge: escriba con claridad sobre la línea en blanco el nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del cónyuge del paciente o garante.
11. Teléfono del cónyuge: escriba con claridad sobre la línea en blanco el número de teléfono del cónyuge.
12. Empleador del cónyuge: escriba con claridad sobre la línea en blanco el nombre de la empresa para la que trabaja el cónyuge.
13. Cargo: escriba con claridad sobre la línea en blanco el cargo del cónyuge.
14. Años de empleo: escriba con claridad sobre la línea en blanco la fecha de inicio de empleo del cónyuge.
15. Tiempo en la residencia actual: escriba con claridad sobre la línea en blanco el tiempo que hace que vive en la dirección que se proporcionó en la solicitud.
16. Número total de dependientes: escriba con claridad sobre la línea en blanco el número de dependientes en su hogar, incluido usted mismo. Los dependientes son aquellas personas que, por lo general, califican como su dependiente para los fines del impuesto federal sobre la renta.
17. Proveedor de seguro médico: escriba con claridad sobre la línea en blanco el nombre de su aseguradora médica (incluidos Medicare, Medicaid u otra cobertura gubernamental que pueda tener).
18. Número de póliza: escriba con claridad sobre la línea en blanco el número de póliza o de cuenta de su póliza de seguro.

Sección B: Ingresos

Escriba con claridad los ingresos que recibe su familia (usted, su cónyuge y sus dependientes) de cualquier fuente. Si necesita más espacio, puede adjuntar hojas adicionales. Proporcione los montos brutos y los montos recibidos tras

descontar impuestos y otras deducciones.

- Si su familia recibe ingresos de una fuente que no figura en la lista, indique ese monto en la línea “Otro” y brinde una descripción.
- Las fuentes de ingresos incluyen, entre otros, salarios, propinas, pagos de seguro social, beneficios de jubilación, desempleo, compensación laboral, beneficios para veteranos, asistencia pública, pensión alimenticia, manutención de menores, pensiones, contratos de seguro o rentas vitalicias, ingresos de inversiones, etc.

Sección C: Gastos básicos

Escriba con claridad los montos de los pagos mensuales destinados a los gastos básicos de su hogar (suyos, de su cónyuge y de sus dependientes). Si necesita más espacio, puede adjuntar hojas adicionales.

Si su hogar presenta deudas u obligaciones que no figuran en la lista, proporcione esa información en la Sección C.6

Sección D: Documentos requeridos

Los documentos que se enumeran en esta sección son necesarios para ayudarnos a determinar si usted califica para recibir ayuda económica conforme a nuestra Política de ayuda económica. Si no tiene o no puede presentar los documentos enumerados, incluya una explicación del motivo. Tenga en cuenta que es posible que un representante del hospital solicite información o documentación adicional al momento de procesar su solicitud.

Sección E: Certificación

Firma del paciente o garante: lea atentamente la declaración de reconocimiento en esta sección y, luego, firme la solicitud y coloque la fecha correspondiente.

Instrucciones de envío e información de contacto

Envíe la solicitud de ayuda económica completa junto con la documentación de respaldo a la dirección del hospital.

Para obtener más información sobre la Política de ayuda económica o recibir ayuda con el proceso de solicitud, puede comunicarse con el controlador del hospital a través del número de teléfono del hospital, recurrir al hospital en persona o acceder a la información en línea a través de la dirección del sitio web. Algunas traducciones a idiomas extranjeros de la Política de ayuda económica, el resumen en lenguaje claro, la solicitud de ayuda económica y las instrucciones están disponibles a pedido.



Rehabilitation Hospital of Central Florida – Sumter County

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)		Vínculo
Dirección		Teléfono
Empleador del paciente	Cargo	Años de empleo
Nombre del cónyuge		Teléfono del cónyuge
Empleador del cónyuge	Cargo	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. Ingreso bruto ajustado del 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	

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