YOAKUM COMMUNITY HOSPITAL

Formulario De Información Financiera

_____ Imprimir El Nombre Del Paciente

_____ Número De Cuenta O Seguro Social No.

Fecha De Nacimiento: _____

Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

Instrucciones: Todas las preguntas deben ser respondidas. Si una pregunta no pertenece, escriba N/A en la línea.

POR FAVOR, PROPORCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES:

1. **Solicitud y SNAP (cupones de alimentos) o carta de elegibilidad de Medicaid O**
2. **Solicitud con los dos últimos talones de cheque de pago / 4 pagados semanalmente, o Carta de ingresos del empleador, estados de cuenta bancarios de cheques y ahorros, y la declaración de impuestos sobre la renta del año pasado o W2. La misma información necesaria sobre el cónyuge.**
3. **Si no está empleado, solicitud, carta de desempleo o una carta de manutención, e ingresos del hogar.**

Ciudadanía (comprobar uno): ____ Ciudadano Estadounidense ____ Ciudadano No-Estadounidense ___ Resident

Estado Civil (comprobar uno): __ *Casado(a)* __ Soltero(a) __ Divorciado(a) __ Separado(a) __ Viudo(a)

Nombres De Dependientes (deducciones legales en su declaración de impuestos) **Número En El Hogar** _____

Nombre:_____ Relación: _____ Fecha De Nacimiento:_____
Nombre:_____ Relación: _____ Fecha De Nacimiento:_____
Nombre:_____ Relación: _____ Fecha De Nacimiento:_____
Nombre:_____ Relación: _____ Fecha De Nacimiento:_____

Carcasa (comprobar uno): ____ Dueño ____ Rentar ____ Pagado Casa /Pago de Renta $_____/mes
Vivir con Familiares o Amigos: Sí _____No_____ Págueles Mensualmente: Sí _____No____

En caso afirmativo: Cuánto: _____

Utilidades: Electricidad $_____/mes Gas $_____/mes Agua $_____/mes

Automóviles: Propio (¿Cuántos?)_____ Arrendamiento (¿Cuántos?)_____ Pago(s) De Automóvil(es): $_____/mes

Año_____ Hacer_____ Modelo_____

Cuentas Bancarias/Otros Activos: (debe responder a las tres preguntas) **Debe proporcionar estados de cuenta bancarios**

¿Cuenta corriente? Sí ___ No___ $_____ ¿Ahorros? Sí ___ No___ $_____

¿Activos adicionales? Sí _____ No_____ Describir: _____

Empleo – PACIENTE-Nombre Del Empleador: _____

Empleo – CÓNYUGE / GARANTE – Nombre Del Empleador: _____

Paciente: ____ Empleado a Tiempo Completo
____ Empleado a Tiempo Parcial
____ No empleado

Cónyuge/Garante: ____ Empleado a Tiempo Completo
____ Empleado a Tiempo Parcial
____ No empleado

Otro Soporte Pensión Alimenticia$_____ por mes
Fondo Fiduciario $_____ por mes
Desempleo $_____ por mes
Manutención De Los Hijos $_____ por mes
Beneficio para sobrevivientes $_____ por mes
Compensación del trabajador $_____ por mes

Ingreso Familiar Total $ _____ **por mes** **(El laudo requiere prueba de ingresos con solicitud)**

(Continuar en la página siguiente)

YOAKUM COMMUNITY HOSPITAL

Formulario De Información Financiera

_____ _____

Imprimir El Nombre Del Paciente | Número De Cuenta O Seguro Social No.

¿Presentó una declaración de impuestos sobre la renta el año pasado? Sí _____ No_____

Seguro:

¿Tienes seguro?Sí _____ No_____ ¿Obtendrá algún seguro en un futuro cercano? Sí _____ No_____

Discapacidad de SSI:

¿Solicitó SSI o solicitó? Sí _____ No_____ ¿Cuando?:_____ Decisión:_____

Medicaid:

¿Solicita Medicaid? Sí _____ No_____ ¿Cuando?:_____ Decisión:_____

Historial Laboral:

¿Estás trabajando actualmente? Sí_____ No _____

Si no, ¿cuándo fue la última vez que trabajaste? _____/_____/_____

¿Estás buscando trabajo activamente? Sí _____ No_____

Si no, ¿tiene una afección médica que le impide trabajar? Sí _____ No_____

Describa la razón por la que no funciona: _____

_____

Si usted o un miembro de su familia está en un Programa Financiado por el Gobierno, complete la solicitud y proporcione una Carta de Cupones de Alimentos o Medicaid actual. Según la política, los padres de niños menores de edad primero deben solicitar Medicaid y proporcionar una carta de denegación antes de que podamos ayudarlo con asistencia financiera.

Las solicitudes completadas solo retrocederán 60 días y 6 meses hacia adelante.

¿Cómo se enteró de nuestros programas de asistencia financiera del hospital? _____

_____

_____ _____

Firma | Fecha

LA TERGIVERSACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN EN ESTA SOLICITUD SE CONSIDERA FRAUDE Y RESULTARÁ EN EXCLUIR AL PACIENTE DE LA CONSIDERACIÓN DE RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA EN YOAKUM COMMUNITY HOSPITAL.

Yoakum Community Hospital brinda atención médica a los ciudadanos que cumplen con los requisitos del Programa de Asistencia Financiera (lugar de residencia, ingresos, recursos). Los servicios proporcionados incluyen Yoakum Community Hospital, servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y pueden incluir alguna cobertura de medicamentos recetados (**solo aprobaciones de indigentes**). Este programa también está disponible para personas indocumentadas que cumplen con los requisitos de elegibilidad. La asistencia financiera y la atención para indigentes es el pagador de último recurso, y todas las demás posibilidades se explorarán primero (cuando sea médicamente apropiado hacerlo). Los hogares con hijos menores de edad deben ser examinados primero para determinar la elegibilidad de Medicaid.

La información en esta aplicación y cualquier otra información proporcionada ya sea escrita o verbal es verdadera y correcta. Proporcionaré los documentos correctos necesarios para completar este proceso.

Acepto reportar cualquier cambio en mis ingresos, dependientes, residencia y cobertura de terceros dentro de los 14 días.

También estoy de acuerdo en que si se me pide que solicite cobertura de terceros, debo completar ese proceso antes de ser aceptado para Asistencia Financiera con Yoakum Community Hospital.

Doy autorización para que Yoakum Community Hospital investigue toda la información proporcionada en esta solicitud y obtenga información del informe de crédito.

APROBACIONES DE INDIGENTES

Todos los pacientes que cumplan con las pautas de indigentes serán aprobados para la cobertura de medicamentos recetados hasta $ 250 mensuales para recetas de mantenimiento.

Por favor, inicial a continuación:

_____ Las recetas de narcóticos / sustancias controladas / medicamentos para el dolor solo estar cubierto por ciertas circunstancias médicas.

Farmacias participantes: Droga de la ciudad de Yoakum, farmacia de descuento de Yoakum

Firma:_____

Fecha:_____

Yoakum Community Hospital
Atención: Business Office
1200 Carl Ramert Drive
Yoakum, Texas 77995

Fecha: _____

Certifico que no estoy trabajando ni recibiendo ningún ingreso.

_____ _____
Número de Seguro Social Número de teléfono

Gracias,

_____ _____
Imprimir nombre Firma

SI NO ESTÁ EMPLEADO, POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO.

SI NO ESTÁ EMPLEADO, SE REQUIERE UNA CARTA DE MANUTENCIÓN Y LOS INGRESOS DEL HOGAR.

CARTA DE APOYO- SI NO ESTÁ EMPLEADO

(COMPLETE ESTE FORMULARIO DE LA PERSONA QUE PAGA LOS GASTOS DEL HOGAR)

FECHA:_____

A Quien Corresponda:

Yo, _____ pagar por los siguientes artículos.

(Sírvase enumerar los importes pagados en nombre del solicitante)

_____ Pagos de Vehículos

_____ Utilidades

_____ Pagos de Alquiler o Hipoteca

_____ Otras cosas por las que pagas

_____ Alimentos o Comidas

POR FAVOR, ADJUNTE TODOS LOS INGRESOS DEL ASALARIADO PARA EL HOGAR.

Teléfono: _____

Firma: _____

Relación con el Paciente: _____

SIN CUENTA BANCARIA

Yo, _____ declarar que no tengo una Cuenta corriente o de ahorros o cualquier otro tipo de cuenta o instrumento financiero que devenga intereses en ninguna institución financiera.

Entiendo que la falsificación de cualquier información puede resultar en la descalificación inmediata del programa.

Firma: _____ Fecha: _____

POR FAVOR, FIRME LA FORMULARIO – SI NO HAY CUENTA

SI TIENE UNA CUENTA DE CHEQUES, UNA CUENTA DE AHORROS O AMBAS; DEBERÁ PROPORCIONAR UN EXTRACTO BANCARIO EN CADA CUENTA QUE TENGA.

POR FAVOR, FIRME LA FORMULARIO SI NO PRESENTÓ UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS

Formulario **4506-T**
(Rev. septiembre 2015)
Departamento del Tesoro Servicio de Rentas Internas

Solicitud de transcripciones de la declaración de impuestos

► **No firme este formulario a menos que haya completado todas las líneas aplicables.**
► **La solicitud puede ser rechazada si el formulario está incompleto o es ilegible.**
► **Para obtener más información acerca del Formulario 4506-T, visite *www.irs.gov/form4506t.***

OMB N.º 1545-1872

Sugerencia. Utilice el Formulario 4506-T para solicitar una transcripción u otra información de la declaración en forma gratuita. Consulte la lista de productos a continuación. Puede solicitar rápidamente transcripciones mediante el uso de nuestras herramientas del servicio automatizado de autoayuda. Visite IRS.gov y, en "Tools" (Herramientas), haga clic en "Get a Tax Transcript..." (Obtener una transcripción de la declaración de impuestos...) o llame al 1-800-908-9946. Si necesita una copia de su declaración de impuestos, utilice el **Formulario 4506, Solicitud de copia de la declaración de impuestos.** Debe abonar una tarifa para obtener una copia de su declaración de impuestos.

1a Nombre tal como aparece en la declaración de impuestos. Si es una declaración conjunta, escriba el nombre que aparece primero.	**1b Número de seguridad social o número de identificación de contribuyente individual o número de identificación patronal que aparece primero (ver instrucciones)**
2a Si presentó una declaración conjunta, escriba el nombre de su cónyuge tal como aparece en la declaración de impuestos.	**2b Número de seguridad social o número de identificación de contribuyente individual que aparece segundo si presentó una declaración de impuestos conjunta**

3 Nombre, dirección (incluidos el número de departamento, la habitación u oficina), ciudad, estado y código postal actuales (ver instrucciones)

4 Dirección anterior, tal como aparece en la última declaración de impuestos presentada, si es diferente a la que aparece en la línea 3 (ver instrucciones)

5 Si la transcripción se va a enviar a un tercero (tal como una compañía hipotecaria), escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono del tercero

Precaución: Si la transcripción de la declaración de impuestos se envía a un tercero, asegúrese de haber completado las líneas 6 a 9 antes de firmar. Firme y feche el formulario una vez que haya completado estas líneas. Completar estos pasos ayuda a proteger su privacidad. Una vez que el IRS divulgue su declaración de impuestos al tercero que figure en la línea 5, el IRS no tiene control sobre lo que el tercero hace con la información. Si desea limitar la autoridad del tercero para divulgar la información de su transcripción, puede especificar esta limitación en su acuerdo escrito con el tercero.

6 **Transcripción solicitada.** Escriba el número de formulario de impuestos aquí (1040, 1065, 1120, etc.) y marque la casilla correspondiente a continuación. Escriba solo un número de formulario de impuestos por solicitud. ► _____

a **Transcripción de la declaración de impuestos,** que incluye la mayor parte de las partidas de una declaración de impuestos tal como se presentó ante el IRS. Una transcripción de una declaración de impuestos no refleja los cambios realizados a la cuenta después del procesamiento de la declaración. Las transcripciones están disponibles solo para las siguientes declaraciones: Formulario serie 1040, Formulario 1065, Formulario 1120, Formulario 1120-A, Formulario 1120-H, Formulario 1120-L y Formulario 1120S. Las transcripciones de las declaraciones de impuestos están disponibles para el año actual y para las declaraciones procesadas durante los 3 años anteriores. La mayor parte de las solicitudes se procesarán en un plazo de 10 días hábiles. . . . . ☐

b **Transcripción de la cuenta,** que contiene información sobre el estado financiero de su cuenta, como pagos realizados en la cuenta, aplicación de multas y ajustes realizados por usted o por el IRS después de la presentación de la declaración de impuestos. La información de la declaración de impuestos se limita a las partidas, como responsabilidad fiscal y pagos de impuestos estimados. Las transcripciones de la cuenta están disponibles para la mayor parte de las declaraciones. La mayor parte de las solicitudes se procesarán en un plazo de 10 días hábiles. ☐

c **Registro de la cuenta,** que brinda la información más detallada ya que es una combinación de la Transcripción de la declaración de impuestos y de la Transcripción de la cuenta. Disponibles para el año actual y para los 3 años fiscales anteriores. La mayor parte de las solicitudes se procesarán en un plazo de 10 días hábiles. . . . . ☐

7 **Verificación de no presentación,** que es una constancia del IRS de que usted **no** presentó una declaración de impuestos para el año. Las solicitudes para el año actual están disponibles solo después del 15 de junio. No existen restricciones de disponibilidad sobre las solicitudes de años anteriores. La mayor parte de las solicitudes se procesarán en un plazo de 10 días hábiles. . . ☒

8 **Transcripción de Formulario W-2, Formulario serie 1099, Formulario serie 1098 o Formulario serie 5498.** El IRS puede proporcionarle una transcripción que incluya datos de estas declaraciones de información. La información estatal o local no está incluida con la información del Formulario W-2. El IRS puede proporcionar esta información de la transcripción durante hasta 10 años. La información para el año actual no está disponible generalmente hasta el año posterior a que se presente ante el IRS. Por ejemplo, es probable que la información del W-2 para 2011, presentada en 2012, no esté disponible del IRS hasta 2013. Si necesita información de W-2 con fines de retiro, deberá comunicarse con la Administración de Seguridad Social al 1-800-772-1213. La mayor parte de las solicitudes se procesarán en un plazo de 10 días hábiles. ☐

Precaución: Si necesita una copia del Formulario W-2 o el Formulario 1099, deberá comunicarse primero con el pagador. Para obtener una copia del Formulario W-2 o el Formulario 1099 presentados con su declaración de impuestos, debe utilizar el Formulario 4506 y solicitar una copia de su declaración, que incluye todos los adjuntos.

9 **Año o período solicitado.** Escriba la fecha de finalización del año o período, con el formato mm/dd/aaaa. Si solicita más de cuatro años o períodos, deberá adjuntar otro Formulario 4506-T. Para solicitudes relacionadas con declaraciones de impuestos trimestrales, como el Formulario 941, deberá escribir cada trimestre o periodo fiscal en forma separada.

/ /	/ /	/ /	/ /

Precaución: No firme este formulario a menos que haya completado todas las líneas aplicables.

Firma de los contribuyentes. Declaro que soy el contribuyente cuyo nombre aparece en la línea 1a o 2a, o una persona autorizada para obtener la información fiscal solicitada. Si la solicitud se aplica a una presentación conjunta, debe firmar al menos un cónyuge. Si el formulario es firmado por un funcionario corporativo, un accionista con el 1 % o más, un socio, un miembro administrador, un tutor, un socio en materia de impuestos, un albacea, un administrador judicial, un administrador, un fiduciario u otra persona que no sea el contribuyente, certifico que tengo la autoridad para celebrar el Formulario 4506-T en nombre del contribuyente. **Nota:** Para las transcripciones que se envían a un tercero, este formulario se debe recibir en un plazo de 120 días con posterioridad a la fecha de firma.

El signatario certifica que ha leído la cláusula de certificación y, al hacerlo, declara que tiene la autoridad para firmar el Formulario 4506-T. Ver instrucciones.

Número de teléfono del contribuyente que aparece en la línea 1a o 2a

Firmar aquí

► _____ | _____
Firma (ver instrucciones) | Fecha

► _____
Cargo (si la línea 1a es una sociedad, asociación, sucesión o fideicomiso)

► _____ | _____
Firma del cónyuge | Fecha