N.° de historia clínica del paciente

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

PROGRAMA DE DESCUENTOS DE ATENCIÓN COMUNITARIA DE CARLE

Por favor envíe por correo la solicitud y la documentación a Cuentas de Pacientes de Carle: Carle Patient Accounts, PO Box 6002, Urbana, IL 61803-6002.
Si necesita ayuda con esta solicitud, llame al (888)71-CARLE o al 217-326-3099.
Puede encontrar información adicional en mycarlebill.com.

Solicitud para el Programa de Descuentos de Atención Comunitaria de Carle

Nombre del solicitante:

Dirección | Ciudad: | Estado: | Cód. postal:

Teléfono particular: | Celular: | Teléfono laboral:

Fecha de nacimiento: | N.° de seguro social: | Estado civil:

Empleador:

¿Tiene seguro médico? ❒ Sí ❒ No | ¿Y su co-solicitante? ❒ Sí ❒ No

Si la respuesta es sí:

Nombre de su aseguradora: | N.° de póliza:

Nombre de la aseguradora del co-solicitante: | N.° de póliza:

¿Rechazó obtener un seguro a través de su empleador? ❒ Sí ❒ No
¿Y el co-solicitante? ❒ Sí ❒ No

¿Tiene una cuenta de gastos de salud? ❒ Sí ❒ No

¿Tiene una cuenta flexible de gastos médicos? ❒ Sí ❒ No

Información de la familia

Cantidad de personas declaradas en sus impuestos: _____

Lista de todas las personas a cargo (*en caso de ser más de 4, indíquelas en una hoja separada*)

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante

Activos (Estados de cuentas bancarias más recientes, incluidas todas las cuentas de cheques y ahorros)

❒ Cta. de cheques $_____ ❒ Cta. de Ahorros $_____ ❒ Certificados de depósito $_____
❒ Fondos comunes de inversión $_____ ❒ Acciones/Bonos $_____

Se necesita sólo un formulario por hogar. *(Complete y firme del otro lado)*

Ingresos requeridos: *Las solicitudes que no contengan la documentación aceptada no se pueden procesar.*

	Categoría	Documentación
☐	Declaración federal del impuesto a las ganancias	Si no presentó una declaración de impuestos, su formulario W2 de cualquier empleo que haya tenido o su formulario 1099 para todos los ingresos recibidos el año anterior.
☐	Sueldo del solicitante	Último recibo de pago antes de la fecha de firma de esta solicitud de cada empleo que haya tenido en los últimos 12 meses. Envíe sólo 1 recibo de pago de cada empleo.
☐	Sueldo del co-solicitante	Último recibo de pago antes de la fecha de firma de esta solicitud de cada empleo que haya tenido en los últimos 12 meses. Envíe sólo 1 recibo de pago de cada empleo.
☐	Cuentas bancarias	Estado de cuenta más reciente de banco o cooperativa de crédito de las cuentas de cheques, ahorros o inversión donde consten los depósitos y los intereses obtenidos.

Si corresponde: *Las solicitudes que no contengan la documentación aceptada no se pueden procesar.*

	Categoría	Documentación aceptada
☐	Ingresos por empleo autónomo/ actividades agropecuarias/ Inmuebles en alquiler	Libro contable de ingresos y gastos del corriente año.
☐	Ayuda en efectivo de programas de asistencia pública	Carta de otorgamiento donde se indique la cantidad recibida el corriente año.
☐	Seguridad Social / Discapacidad	Carta de otorgamiento donde se indique la cantidad recibida el corriente año.
☐	Beneficios por desempleo	Carta de otorgamiento del beneficio por desempleo correspondiente al corriente año.
☐	Indemnización por accidentes o enfermedades laborales	Recibos de pago de indemnización por accidentes o enfermedades laborales donde figure la fecha de inicio y la cantidad recibida el corriente año.
☐	Pensión alimenticia / Manutención de hijos	Sentencia de divorcio que establezca la pensión alimenticia o manutención de hijos recibida.
☐	Pensiones / Anualidades	Carta proporcionada por el administrador del sistema donde figure el monto del beneficio mensual para el corriente año.
☐	Ayuda de familiares o amigos	Declaración certificada por notario de los familiares o amigos donde se explique la ayuda económica que le dan.
☐	Otras fuentes de ingresos	Si no se presenta comprobante de ingresos, se debe incluir una explicación por escrito.

Si tiene algún otro documento que pudiese ayudar a Carle a tomar una decisión sobre su solicitud, inclúyalo junto con la presente solicitud.

Entiendo que toda la información proporcionada será verificada por Carle. Asimismo comprendo que proporcionar información falsa derivará en el rechazo de la solicitud para el Programa de Descuentos de Atención Comunitaria y tendré que pagar los cargos por los servicios brindados. Además, entiendo que puedo volver a presentar la solicitud dentro de seis (6) meses si mi situación económica cambia. Comprendo que en caso de aprobación, el descuento es válido por un año a partir de la fecha en que Carle aprueba la solicitud.

_____ _____

Firma del solicitante (obligatoria) Fecha

Carle

HCOL0052 5/11