



**PROGRAMA DE DESCUENTOS DE
ATENCIÓN COMUNITARIA DE CARLE**

N.º de historia clínica del paciente

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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.º 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.º de póliza:

Nombre de la aseguradora del co-solicitante:

N.º 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
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Ingresos por empleo autónomo/ actividades agropecuarias/ Inmuebles en alquiler	Libro contable de ingresos y gastos del corriente año.
<input type="checkbox"/> Ayuda en efectivo de programas de asistencia pública	Carta de otorgamiento donde se indique la cantidad recibida el corriente año.
<input type="checkbox"/> Seguridad Social / Discapacidad	Carta de otorgamiento donde se indique la cantidad recibida el corriente año.
<input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo	Carta de otorgamiento del beneficio por desempleo correspondiente al corriente año.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia / Manutención de hijos	Sentencia de divorcio que establezca la pensión alimenticia o manutención de hijos recibida.
<input type="checkbox"/> Pensiones / Anualidades	Carta proporcionada por el administrador del sistema donde figure el monto del beneficio mensual para el corriente año.
<input type="checkbox"/> Ayuda de familiares o amigos	Declaración certificada por notario de los familiares o amigos donde se explique la ayuda económica que le dan.
<input type="checkbox"/> 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