



Centro de Diálisis de Lincoln y Diálisis en el hogar de Lincoln
Solicitud de asistencia financiera
(Complete las 4 páginas)

Cuando esté completo, envíe un fax a Departamento de Facturación al 402-489-7366 o envíelo por correo a DCL, ATTN: Departamento de Facturación, 7910 'O' Street, Lincoln, NE 68510. Asegúrese de incluir todos los documentos de respaldo. Si tiene alguna pregunta, llame a el Departamento de Facturación al 402-489-5339.

Fecha de Aplicación: _____ Número de cuenta: _____

Información del paciente

Nombre: _____ Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ Teléfono: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estado de Empleo (circulo) Discapacitado Empleado Jubilado Desempleado Otro _____

Marital Status (circulo) Soltera Casado Separado Divorciado Otro _____

Idioma preferido: _____

Información de la parte responsable

___ Yo (dejar en blanco)

___ Otro (complete a continuación)

Nombre: _____ Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ Teléfono: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del paciente: _____

Información del hogar

Enumere a todos los miembros de la familia que vivieron en su hogar durante el año pasado, incluido usted. “Familia” incluye dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas. Si un paciente puede reclamar a alguien como dependiente en su declaración de impuestos, esa persona sería un miembro de la familia del paciente para los fines de esta Solicitud.

Nombre	Edad	Relación	Empleador/ Fuente de ingresos	Dependiente S/N

Número total de miembros de la familia: _____

Información financiera

- Se requiere información financiera completa sobre los miembros de la familia mayores de 18 años
- Se debe proporcionar la documentación pertinente para cada fuente de ingresos.
- Envíe una copia de su declaración de impuestos federales más reciente
- Si corresponde, presente los recibos de pago de los últimos 3 meses.
- Si corresponde, envíe una copia de la declaración de beneficios de la Administración del Seguro Social (SSA) más reciente.
- Si corresponde, incluya cualquier declaración de beneficios de jubilación o pensión.
- Si los ingresos futuros cambiarán significativamente, incluya una declaración de una página por qué en la página 4 y proporcione la documentación.

Activos del hogar

Comprobación del saldo de la cuenta: _____

Saldo de la cuenta de ahorros: _____

Valor tasado de la vivienda: _____

Valor de acciones y bonos: _____

Nombre del paciente: _____

Ingresos mensuales del hogar

Ingreso mensual bruto del paciente: _____

Ingreso bruto mensual del cónyuge: _____

Ingreso mensual bruto adicional del hogar: _____ Fuente: _____

Manutención de los hijos: _____

Ingreso de jubilación: _____

Beneficios de SSI / SSD: _____

Beneficios para veteranos: _____

Otros ingresos: _____ Fuente: _____

Ingresos mensuales totales: _____

Si los ingresos mensuales se dejan en blanco, especifique el motivo:

___ Verifique si no presentó una declaración de impuestos sobre la renta. Explique brevemente por qué.

___ Verifique si se le reclama como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

Si es así, ¿de quién? _____

Nombre del paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Use esta página para indicar si los ingresos futuros cambiarán significativamente (debido a la muerte de un miembro de la familia, estado de discapacidad, incapacidad para trabajar, etc.) o si otras áreas de la solicitud requieren una mayor explicación. Se requiere documentación para fundamentar las explicaciones de ingresos. Por ejemplo, una carta para un empleador anterior, una carta de su médico que indique su incapacidad para trabajar como resultado de su enfermedad, etc.

Por la presente reconozco que la información proporcionada al Centro de Diálisis de Lincoln es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Por la presente autorizo al Centro de Diálisis de Lincoln a verificar alguna o toda la información proporcionada, y también autorizo que se pueda obtener un informe crediticio del consumidor si es necesario.

Firma del paciente / representante del paciente: _____ Fecha: _____

Firma de la parte responsable (si no es el paciente): _____ Fecha: _____

Firma del Esposo (a): _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

For DCL/HDL Office Use Only	
Determination Date	
Number in Household	
FPL	
Annual Income	
Determination	
Financial Assistance Discount	
Additional Notes:	