

HOSPITAL ACCOUNT # \_\_\_\_\_



Care without compromise

**SOLICITUD DE RESOLUCIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA CUIDADO CARITATIVO**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
Primero Segundo Apellido Numero de Seguro Social  
Dirección \_\_\_\_\_  
Numero y calle Ciudad Estado Código Postal  
Numero de Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ocupación Patrón  
Dirección del Patrón \_\_\_\_\_ Telefono del Patrón \_\_\_\_\_

**INGRESOS – Lista de ingresos combinados personales, de su conyuge y otras personas a su cargo de:**

	Total-ultimo mes	Total-ultimos 12 meses
SALARIO.....	\$ _____	\$ _____
CONTRATISTA O TRABAJADOR AUTONOMO.....	\$ _____	\$ _____
ASISTENCIA PÚBLICA.....	\$ _____	\$ _____
SEGURO SOCIAL.....	\$ _____	\$ _____
SEGURO POR DESEMPLEO Y ACCIDENTES DE TRABAJO...	\$ _____	\$ _____
BENEFICIOS POR HUELGA ABONADOS POR EL SINDICATO	\$ _____	\$ _____
PENSIÓN ALIMENTICIA.....	\$ _____	\$ _____
ASIGNACIONES FAMILIARES POR HIJO.....	\$ _____	\$ _____
ASIGNACIONES MILITARES POR FAMILIA.....	\$ _____	\$ _____
PENSIONES.....	\$ _____	\$ _____
INGRESOS POR DIVIDENDOS, INTERESES, ALQUILERES...	\$ _____	\$ _____
OTROS RECURSOS.....	\$ _____	\$ _____
TOTAL.....	\$ _____	\$ _____

Como condición para la provisión de cuidado caritativo, se exige que presente alguna constancia de ingresos: 1) informe de impuestos sobre ingresos incluyendo los W-2s para el ultimo año, 2) recibos de sueldo, cheques de seguro social, documentos de seguro de desempleo o accidentes de trabajo para el ultimo mes 3) otros comprobantes segun se piden.

**COMPROBANTES SIGNIFICA COPIAS.**

**TAMAÑO DE FAMILIA – Miembros de la familia que viven en su hogar.**

<u>NOMBRE</u>	<u>EDAD</u>	<u>RELACION</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

NOTA: FAVOR DE ADJUNTAR OTRA HOJA, SI SE NECESITA ESPACIO ADICIONAL.

SOLICITO QUE WINTHROP UNIVERSITY HOSPITAL HAGA UNA DETERMINACIÓN ESCRITA DE MI ELEGIBILIDAD PARA CUIDADO CARITATIVO. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO CONCERNIENTE A MIS INGRESOS ANUALES Y EL TAMAÑO DE MI FAMILIA ESTA SUJETO A VERIFICACIÓN POR EL HOSPITAL. TAMBIEN ENTIENDO QUE SI SE DETERMINA QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO ES FALSA, TAL DETERMINACIÓN RESULTARÁ EN UN RECHAZO DE PROVEER CUIDADO CARITATIVO, Y QUE SERÉ RESPONSABLE POR LOS CARGOS PARA SERVICIOS RECIBIDOS.

AFIRMO QUE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES VERDADERA Y CORRECTA. ADEMÁS, AUTORIZO A WINTHROP UNIVERSITY HOSPITAL A VERIFICAR CUALQUIER INFORMACIÓN CONTENIDA ANTERIORMENTE.

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_