



Estimado(a) Paciente: _____

Cuenta # _____ Saldo Adeudado \$ _____

Prairie Lakes Healthcare System se compromete a proporcionar servicios de salud a todas las personas de nuestra área que están en necesidad de tales servicios, sin tener en cuenta su capacidad de pago.

Adjunta encontrará una aplicación para ver si usted califica para la ayuda financiera de sus cuentas pendientes en Prairie Lakes Healthcare. Este es un programa interno, para ayudar con las cargas financieras inesperadas, y se basa en sus activos, ingresos y gastos. Esta solicitud y la política también se encuentran en nuestro sitio de web www.prairielakes.com.

Para que su solicitud sea procesada, por favor proporcione toda la información solicitada junto con su solicitud.

- Declaración completa de impuestos federales (más reciente) incluyendo todos los anexos do IRS, o formulario 1722 que confirman la declaración de impuestos no fue presentada.
- Copia de un mes de recibos de talones de cheques atuales para cada ingreso.
- Tres meses de estados completos de cuenta bancaria.
- Verificación de Ingresos de Seguro Social (si aplicable).
- Verificación de desempleo (si aplicable).

Su solicitud no será considerada hasta que recibamos toda la documentación necesaria.

Si tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con nosotros.

Especialistas de cuentas

Lynette 605-882-7923 o Vicky 605-882-6707 Fax: 605-882-7697

Horas de oficina: Lunes – Viernes 8-5

Prairie Lakes Healthcare
P.O. Box 1210
Watertown, SD 57201
www.prairielakes.com

DECLARACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha _____

INGRESOS MENSUALES

Nombre _____	Salario Bruto	\$ _____
Esposo (a) _____	Ingresos de Trabajo	\$ _____
Número de Cuenta _____	por Cuenta Propia	\$ _____
Dirección _____	Ingresos de la Granja	\$ _____
Dependientes _____	Ingresos de Seguro Social	\$ _____
_____	Beneficios de Desempleo	\$ _____
_____	Pensión Alimenticia	\$ _____
Lugar de Empleo del Paciente _____	Manutención de los Hijos	\$ _____
Lugar de Empleo de Esposo (a) _____	Otros (favor especificar)	\$ _____
Teléfono de Residencia _____		
Número de Celular _____		
	TOTAL	\$ _____

ACTIVOS EN EFECTIVO:

GASTOS MENSUALES:

Saldo de Cuenta Bancaria	\$ _____	Pago de Casa/Renta	\$ _____	Saldo no pagado	\$ _____
Saldo de Cuenta de Ahorros	\$ _____	Pago de Vehículo(s)	\$ _____		\$ _____
Otros (CD'S, Bonos, Etc)	\$ _____	Facturas de Tarjeta de Crédito	\$ _____		\$ _____
TOTAL	\$ _____	Otros Préstamos Bancarios	\$ _____		\$ _____

ACTIVOS NO MONETARIOS:

Valor de casa	\$ _____	Seguro Médico	\$ _____		\$ _____
Valor de Casa Móvil	\$ _____	Seguro de Vehículo	\$ _____		\$ _____
Valor de Tierra	\$ _____	Seguro de Casa	\$ _____		\$ _____
Valor de Ganados	\$ _____	Electricidad/Gas	\$ _____		\$ _____
		Basura/Agua	\$ _____		\$ _____
		Internet	\$ _____		\$ _____
		Cable	\$ _____		\$ _____
		Teléfono Residencial	\$ _____		\$ _____
	#1 \$ _____	Celular	\$ _____		\$ _____
	#2 \$ _____	Coche (reparación y gasolina)	\$ _____		\$ _____
Vehiculo Modelo Marca _____	#3 \$ _____	Comer en restaurante	\$ _____		\$ _____
Valor de Barco/Jet Ski	\$ _____	Alimentación/Artículos Personales	\$ _____		\$ _____
Valor de Cámara	\$ _____	Medicamentos	\$ _____		\$ _____
Valor de Motocicleta/Moto de Nieve	\$ _____	Otras Cuentas Médicas	\$ _____		\$ _____
Otros (describir)	\$ _____	Manutención de Hijos	\$ _____		\$ _____
	\$ _____	Cuidado de Hijos	\$ _____		\$ _____
	\$ _____	Otros (no mencionados arriba)	\$ _____		\$ _____
TOTAL	\$ _____				
		Total de Gastos	\$ _____		\$ _____

******ADJUNTE UNA COPIA DE SU MAS RECIENTE DECLARACION DE IMPUESTOS FEDERALES CON TODOS LOS APENDICES, UNA COPIA DE UN MES DE TALONES DE PAGO ACTUALES PARA CADA INGRESO ENUMERADO, Y 3 MESES COMPLETOS DE DECLARACION DE CUENTA BANCARIA******

Autorizo a Prairie Lakes Healthcare System para verificar toda la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si se le pide, voy a presentar otros documentos, como talones de cheque de pago, ingresos del Seguro Social, la verificación de desempleo, o los recibos de impuestos de propiedad personal. Al firmar abajo estoy de acuerdo la información proporcionada es completa y exacta al mejor de mi conocimiento.

Firma _____ Fecha _____