

TO: _____

Date Received by Office: _____

FECHA: _____

FROM: Traverse Health Clinic
1719 S Garfield Ave
Traverse City, MI 49686

Data Check

Date _____/Int. _____

MPHI [] Not on File or _____

SUBJECT: **Aplicación financiera – Traverse Health Clinic**

Como parte del proceso de inscripción para los programas y servicios de Traverse Health Clinic (THClinic), debe proporcionar información financiera y documentación como se describe a continuación. Envíe TODA la siguiente información antes del _____. Cualquier documentación que falte resultará en la denegación de su solicitud. Si no divulga todos los medios de ingresos, no será elegible para recibir asistencia.

Traverse Health Clinic ofrece una escala móvil de tarifas, determinada por el tamaño de la familia y los ingresos, sobre las tarifas del paciente. Se recomienda encarecidamente a aquellos que son elegibles para Medicaid y Medicare que presenten su solicitud directamente a esos programas. Debido a que trabajamos con Munson Uncompensated Care, esta información financiera se compartirá con Munson Healthcare.

INFORMACIÓN NECESITADA:

- ❖ Solicitud financiera (adjunta).
- ❖ La prueba de ingresos incluye:
 - Copias de los talones de pago de cualquier trabajo realizado (tres meses anteriores) para la parte responsable y el cónyuge.
 - Pensión alimenticia (tres meses anteriores)
 - Carta de concesión de compensación por desempleo / trabajador (fecha en los últimos 6 meses)
 - Carta de beneficios del Seguro Social (para el año actual)
 - Pensión / Jubilación (para el año en curso)
 - Ingresos de alquileres, regalías, herencias, fideicomisos
 - Beneficios de VA (para el año actual)
 - Declaraciones escritas y firmadas del empleador que verifiquen los ingresos en EFECTIVO (es decir, cuidado de niños, limpieza de la casa, etc.)
 - Los clientes que trabajan por cuenta propia deben proporcionar su Anexo C de su Declaración de impuestos federales más reciente.
 - Los clientes sin ingresos que reciben apoyo financiero deben proporcionar una carta de la fuente Autodeclaración de ingresos (disponible a pedido / según las circunstancias) detallando el apoyo brindado.
- ❖ Páginas 1 y 2 de su declaración de impuestos federales más reciente (1040)
- ❖ Cualquier otra información que Traverse Health Clinic considere necesaria.

Si está completando esta solicitud para usted y otro miembro del hogar (cónyuge, dependiente, etc.), tenga en cuenta que necesitamos las firmas de todos los solicitantes donde se indique.

Gracias - Personal de Traverse Health Clinic

**En cualquier espacio que NO se aplique a usted,
por favor enumere "na".**

NOMBRE(s): _____

TRAVERSE HEALTH CLINIC -Aplicación financiera

Si se trata de una solicitud conjunta, complete para ambos miembros del hogar

NOMBRE LEGAL DE PACIENT:		FECHA DE NACIMIENTO:	
1. _____	_____	1. _____	_____
2. _____	_____	2. _____	_____
DIRECCIÓN DE LA CALLE (sin apartados postales): _____		CIUDAD: _____	CONDADO: _____
POSTAL: _____			
SSN:		TELEFONO:	
1. _____	_____	1. _____	_____
2. _____	_____	2. _____	_____
INDIQUE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR:			
NOMBRE	EDAD	RELACION	

INFORMACION DE EMPLEO:

Información de empleo actual - Paciente (si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel):

Si está empleado, responda las siguientes preguntas:

Nombre De Empleador _____

Salarios/propinas (antes de taxes) Por hora Semanal Cada dos semanas
 Dos veces al mes Cada mes Por año

\$ _____

Horas que trabaja por semana _____

Gastos mensuales de trabajo por cuenta propia:

Tipo de negocio _____

Nombre de negocio _____

Direcion de negocio _____

Ingreso mensual bruto (antes de gastos): _____

Gastos mensuales de trabajo por cuenta propia: _____

NOMBRE(ES): _____



Información de empleo actual: cónyuge (si su cónyuge tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel):

Si está empleado, responda las siguientes preguntas:

Nombre De Empleador: _____

Salarios/propinas (antes de taxes) Por Hora Semanal Cada dos semanas
 Dos Veces AL MES Cada mes Por año

\$ _____

Horas que trabaja por semana _____

Gastos mensuales de trabajo por cuenta propia

Tipo de negocio _____

Nombre de negocio _____

Direcion de negocio _____

Ingreso mensual bruto (antes de gastos) _____

Gastos mensuales de trabajo por cuenta propia _____

OTROS INGRESOS MENSUALES: Enumere todo lo que se aplique a usted oa su cónyuge, indique la cantidad y la frecuencia con la que recibe los ingresos. NOTA: No es necesario que incluya información sobre manutención de menores / Seguridad de ingresos suplementarios (SSI).

TYPO DE INGRESO	PACIENTE	ESPOSA/O	CON QUE FRECUENCIA
Desempleo/compensacion de trabajadores			
Pension/Jubilacion			
Beneficios de Seguro social			
VA Beneficios			
Pension alimenticia			
Renta/Regalias/Inmuebles/Fiduciario			
Otros ingresos			

PorFavor de Leer Lo Siguiente Con Cuidado Antes De Firmar: Por la presente reconozco que toda la informacion anterior es verdadera. Yo autorizo Traverse Health Clinic and/or Munson Healthcare a obtener un reporte de credito para asistencia financiera si es nesecario. Yo autorizo Traverse Health Clinic conpartir esta informacion con organizaciones caritativas para determinar otros beneficios.

Firma de Cliente/Persona Responsable: _____ Fecha: _____

Firma de Cliente/Persona Responsable: _____ Fecha: _____