

# Aplicación Estándar para Caridad

La solicitud debe devolverse dentro de los 30 días posteriores a la recepción. Al enviar su solicitud, proporcione la siguiente información: (1) Copia más reciente del talón de cheque de pago, (2) Estado de cuenta bancario del mes actual, (3) Declaración de impuestos presentada más recientemente y copia W2. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al (866) 823-4250 con cualquier pregunta o inquietud. El número de cuenta del paciente y la fecha de admisión están disponibles en la correspondencia de cartas adjuntas. Se hará una extracción de crédito suave y esto no afectará su puntuación de crédito.

Número de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha en que recibió servicios: \_\_\_\_\_ Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

## I. Información del paciente (si el paciente es el mismo que el responsable salta a la sección dos).

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo lleva residiendo en esta dirección? \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

¿Es usted un ciudadano americano?  Sí  No Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_

## II. Parte responsable

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Apellido del cónyuge: \_\_\_\_\_ Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo lleva residiendo en esta dirección? \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Relación con Patient: \_\_\_\_\_

¿Es usted un ciudadano americano?  Sí  No Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_

## III. Información del empleador de la parte responsable

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Años empleados: \_\_\_\_\_ Horas mensuales (Reg/OT): \_\_\_\_\_ Tarifa por hora: \_\_\_\_\_ Frecuencia de pago: \_\_\_\_\_

## IV. Información del empleador del cónyuge

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Años empleados: \_\_\_\_\_ Horas mensuales (Reg/OT): \_\_\_\_\_ Tarifa por hora: \_\_\_\_\_ Frecuencia de pago: \_\_\_\_\_

## V. Información del hogar (todas las personas en el hogar, incluido el yo)

Nombre y Apellido	Fecha de nacimiento	Relación con la Parte Responsable
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**VI. Información del seguro**

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ # de Póliza \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_ ¿Relacionado con el empleo? \_\_\_\_\_  
 Dirección del seguro: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 ¿A nombre de quien está la el seguro? \_\_\_\_\_ ¿En que fecha comenzó la cobertura? \_\_\_\_\_ Nombre(s) de persona(s) asegurada(s) póliza \_\_\_\_\_

**VII. Ingresos varios por mes**

Dividendos, Intereses \$ \_\_\_\_\_ Pensiones \$ \_\_\_\_\_ Asistencia Pública/Estampillas \$ \_\_\_\_\_  
 Seguro Social \$ \_\_\_\_\_ Inversiones/Ingreso de Rentas \$ \_\_\_\_\_ Otros Ingresos \$ \_\_\_\_\_  
 Desempleo/Recompensación del Departamento de Labor \$ \_\_\_\_\_ Pensión Alimenticia/Pensión \$ \_\_\_\_\_ Becas \$ \_\_\_\_\_

**VIII. Gastos varios**

¿Está usted comprando o alquilando su casa? \_\_\_\_\_ Valor de casa en el Mercado \$ \_\_\_\_\_ Balance Pendiente en su Hipoteca \$ \_\_\_\_\_  
 Número de años que le restan por pagar su Préstamo de su Hogar : \_\_\_\_\_ Balance Pendiente en su Préstamo de Automóvil \$ \_\_\_\_\_  
 Número de años que le restan por pagar su Préstamo de Automóvil : \_\_\_\_\_ Balances Pendientes en Cuentas Médicas \$ \_\_\_\_\_

**IX. Por favor enumere sus gastos mensuales para:**

Alquiler/Hipoteca \$ \_\_\_\_\_ Aseguranza (Hogar/Médica/Vida/Auto/Otro) \$ \_\_\_\_\_  
 Comida/Ropa \$ \_\_\_\_\_ Electricidad/Auga/Gasolina \$ \_\_\_\_\_ Préstamos \$ \_\_\_\_\_  
 Impuestos de Propiedad \$ \_\_\_\_\_ Teléfono(s)/Celular(es) \$ \_\_\_\_\_ Pago(s) de Auto(s) \$ \_\_\_\_\_  
 Otros \$ \_\_\_\_\_ Tarietàas de Crédito \$ \_\_\_\_\_ Pensión Alimenticia/Pension(es) \$ \_\_\_\_\_  
 Gastos Medicos/Medicamentos \$ \_\_\_\_\_ **Total de Gastos Mensuales Misceláneos \$ \_\_\_\_\_**

**X. Ingresos netos mensuales**

Ingreso Mensual del Garantizador \$ \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual del Cónyuge, (Si Aplica) \$ \_\_\_\_\_  
 Total Mensual de Ingresos Misceláneos \$ \_\_\_\_\_ Total Mensual de Gastos Misceláneos \$ \_\_\_\_\_  
**Ingresos mensuales totales \$ \_\_\_\_\_ Gastos mensuales totales \$ \_\_\_\_\_ Total Mensual de Ingreso Neto = \_\_\_\_\_**

**XI. Activos/Acciones** - Listar valor en dólares para lo siguiente:

Nombre del banco	Dirección del banco	Número de cuenta	Saldo de la cuenta	Tipo de cuenta
_____	_____	_____	_____	Cuenta corriente
_____	_____	_____	_____	Cuenta corriente
_____	_____	_____	_____	Ahorros
_____	_____	_____	_____	Ahorros

CDs/Inversiones/Planes de Retiro \$ \_\_\_\_\_ Hogar \$ \_\_\_\_\_ Fondo de Inversiones \$ \_\_\_\_\_  
 Otros Bienes Inmuebles \$ \_\_\_\_\_ Asguranza de Vida \$ \_\_\_\_\_ Otras Cosas de Valor \$ \_\_\_\_\_  
 Motor home(s)/Barco(s) \$ \_\_\_\_\_ Valor en efectivo \$ \_\_\_\_\_ Motocicleta(s) \$ \_\_\_\_\_ Valor en efectivo \$ \_\_\_\_\_  
 Automóvil(es) \$ \_\_\_\_\_ Marca(s)/Modelo(s) \$ \_\_\_\_\_ Valor en efectivo \$ \_\_\_\_\_  
**Total del Capital Propio \$ \_\_\_\_\_**

**XII. Responsabilidad de terceros**

¿El tratamiento está relacionado con una reclamo de responsabilidad de terceros?  Sí  No

¿Tiene un abogado?  Sí  No

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_

Dirección del abogado: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del abogado: \_\_\_\_\_

**XIII. Comentarios**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al (866) 823-4250 con cualquier pregunta o inquietud al completar el formulario.

Certifico que la información anterior es precisa y completa hasta donde yo sé:

Firma del solicitante:

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la Parte Responsable:

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante del hospital:

Fecha: \_\_\_\_\_

**Por favor, devuelva la solicitud y todos los documentos requeridos a:**

UHS Western Region CBO  
Customer Service  
2700 Fire Mesa Street  
Las Vegas, NV 89128

Teléfono #: (866) 823-4250  
Fax #: (702) 360-5071

E-mail: [WesternCBOCharity@uhsinc.com](mailto:WesternCBOCharity@uhsinc.com)