



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 su capital, ingresos y gastos. Esta solicitud y la póliza 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 de (do) IRS, o verificación de una carta de no presentación del IRS.
- Copia de un mes de recibos de talones de cheques actual [atuales] para cada ingreso.
- Tres meses de estados de cuenta bancarios actual completos. [de cuenta bancaria]
- Verificación de Ingresos de Seguro Social (si aplicable).
- Verificación de desempleo (si aplicable).
- Medicaid negación [denegación] (si aplicable.)
- Copia de certificado de muerte [muerto] (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 o Vicky 605-882-7883
Fax: 605-882-7697

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

DECLARACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA

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

ACTIVOS EN EFECTIVO:

Saldo de Cuenta Bancaria	\$ _____
Saldo de Cuenta de Ahorros	\$ _____
Otros (CD'S, Bonos, Etc)	\$ _____
TOTAL	\$ _____

GASTOS MENSUALES:

	Pago Mensual	Saldo no pagado
Pago de Casa/Renta	\$ _____	\$ _____
Pago de Vehículo(s)	\$ _____	\$ _____
Facturas de Tarjeta de Crédito	\$ _____	\$ _____
Otros Préstamos Bancarios	\$ _____	\$ _____
Pago de Seguro		
Seguro Médico	\$ _____	\$ _____
Seguro de Vehículo	\$ _____	\$ _____
Seguro de Casa	\$ _____	\$ _____
Electricidade/Gas	\$ _____	\$ _____
Basura/Agua	\$ _____	\$ _____
Internet	\$ _____	\$ _____
Cable	\$ _____	\$ _____
Teléfono Residencial	\$ _____	\$ _____

ACTIVOS NO MONETARIOS:

Valor de casa	\$ _____
Valor de Casa Móvil	\$ _____
Valor de Tierra	\$ _____
Valor de Ganados	\$ _____

	Vehiculo	#1	\$ _____	Celular	\$ _____	\$ _____
	Año y	#2	\$ _____	Coche (reparación y gasolina)	\$ _____	\$ _____
	Modelo y Ma	#3	\$ _____	Comer en restaurante	\$ _____	\$ _____
Valor de Barco/Jet Ski			\$ _____	Alimentación/Artículos Personales	\$ _____	\$ _____
Valor de Cámpar			\$ _____	Medicamentos mensuales	\$ _____	\$ _____
Valor de Motocicleta/Moto de Nieve			\$ _____	Otras Cuentas Médicas	\$ _____	\$ _____
Otros (describir)			\$ _____	Manutención de Hijos	\$ _____	\$ _____
			\$ _____	Guardería	\$ _____	\$ _____
			\$ _____	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 en que la información proporcionada es completa y exacta al mejor de mi conocimiento.

Firma _____ Fecha _____

