

Hospital de Santiam
Asistencia Financiera

Solicitud de asistencia financiera

Estimado paciente y familia:

En consonancia con sus valores misión y base, Santiam Hospital se compromete a proporcionar asistencia sanitaria para personas sin importar su capacidad de pagar.

Asistencia financiera Hospital Santiam Gastos médicos pueden ser difíciles de pagar. Pacientes que no tienen seguro de salud o que son incapaces de pagar todo o parte de sus servicios de salud puede solicitar asistencia financiera completando y enviándonos este formulario.

Opciones disponibles Hospital de Santiam trabajará con pacientes para ver si califican para Medicaid, Medicare, plan de pago gratis interés o asistencia financiera. Si se concede asistencia financiera, algunos o todos los cargos se pueden bajar.

Proceso de solicitud Para solicitar asistencia financiera, complete y devuelva este formulario:
Asesor financiero Hospital Santiam, PO Box 577, Stayton, OR 97383

La siguiente información debe incluirse con la solicitud:

- Declaraciones de impuestos federales más reciente – forma 1040 y si por cuenta propia agregar documentación Anexo C.
- Copias de la información más reciente de ingreso para cada persona en el hogar incluyendo talones, Social Seguridad, desempleo, jubilación, pensiones, etc.
- Si el hogar está recibiendo apoyo financiero de familiares o amigos, ofrecer una carta detallando el apoyo del partido a. Santiam Hospital podrá solicitar prueba de ingresos dependiendo del nivel y duración de la asistencia.

Sin los elementos mencionados arriba, Santiam Hospital no podrá procesar la solicitud.

Preguntas? Por favor llamar a nuestro asesor financiero en 503-769-9334

Esta solicitud, incluyendo la información de apoyo, debe ser devuelto con 14 días de la recepción. Presentación de solicitud de asistencia, pacientes prestan consentimiento Santiam Hospital para hacer las investigaciones necesarias para confirmar las obligaciones financieras o referencias.

Atentamente,
Hospital de Santiam

Para uso de oficina solamente

Account # _____ Account # _____
Account # _____ Account # _____

I. Información del Paciente					
NOMBRE DEL PACIENTE APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	
DIRECCION CALLE			CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
FECHA DE NACIMIENTO	MEDICO FAMILIAR				E.U. CIUDADANO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

II. Información del Responsable					
NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DE PAGAR LA CUENTA				RELACION	<input type="checkbox"/> Por favor marque esta caja si usted no ha recibido servicios y esta aplicando para pre-calificar.
DIRECCION CALLE			CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
TELÉFONO		CASA	TRABAJO	E.U. CIUDADANO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL

III. Información del Hogar – Por favor inique TODA la gente viviendo en su hogar incluyendo el aplicante. Use papel adicional si es necesario.

Por favor liste a cualquiera viviendo en su hogar (incluyendose usted). Ingresos (antes de impuestos) sueldo, ingreso de manutención de niños, ingreso de pension, ingreso de renta, compensación de desempleo, beneficios de seguro social, asistencia pública/de gobierno, renta o gastos de vivienda a cambio de servicios, etc.

MIEMBROS DEL HOGAR	EDAD	RELACION CON EL PACIENTE	FUENTE DE INGRESOS Ó NOMBRE DEL EMPLEADOR	INGRESO MENSUAL NETO ANTES DE LA FECHA DEL SERVICIO	ASEGURADO? (circule si o no) Liste el seguro
		Responsable			Si o No
					Si o No
					Si o No
					Si o No
					Si o No
					Si o No

IV. GASTOS Y CAPITALES (por favor marque n/a si no aplica)

Renta _____ Balance cuenta de ahorro _____ Acciones, cuentas de retiro, etc. _____

Pago de casa _____ envíe prueba _____ Pago de auto _____

cuidado pe niños mensual _____

Balance del prestamo _____ envíe prueba Año y marca del auto _____ Otro aparte de su casa bienes raices _____

Costo de utilidades _____ Vehiculo recreacional _____ Seguro de auto _____

Balance cuenta de cheques _____ Pago de seguro medico _____ Telefono celular _____

Es usted estudiante de tiempo completo? _____ Por favor envíe reporte de prestamo de estudiante _____ Otros capitales _____

Recibe usted cualquier forma de asistencia pública (Estampillas de comida, ayuda renta, etc.) _____ Si es asi envíe prueba

Costo mensual de medicinas o suministros médicos _____

Esta siendo apoyado por parientes o otra persona? Si es asi provea ingreso e información de impuestos de la persona.

V. INFORMACIÓN REQUERIDA – Debe ser incluida con esta aplicación

Por favor cheque que ha incluido lo siguiente:

Copia de reporte de impuestos de años previos Verificación de ingreso mostrando ganancias o talones de pago de todo el ingreso hasta la fecha

Copia del último estado de cuenta del banco **Nesecita escribir una carta explicando su situacion;** por favor adhíerala a esta forma.

Información adicional puede ser requerida en orden de procesar su aplicación. De ser asi nosotros lo contactaremos.

VI. AUTORIZACIÓN

Por la presente certifico que la información contenida en el cuestionario financiero arriba es correcta y completa a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo a Santiam Hospital a verificar cualquier o toda la información dada.

X

FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE

FECHA

Formulario Abreviado para la Solicitud de un Trasunto de la Declaración de Impuestos Personales**► No se tramitará la solicitud si el formulario está incompleto o ilegible.****► Para más información sobre el Formulario 4506T-EZ(SP), visite www.irs.gov/form4506tezsp.**

Consejo. Use el Formulario 4506T-EZ(SP) para solicitar sin costo alguno un trasunto (o transcripción) de la declaración de impuestos de la serie de Formularios 1040, o puede solicitar los trasuntos rápidamente utilizando nuestras herramientas de servicio de autoayuda. Visítenos en el sitio web www.irs.gov/espanol y pulse sobre el enlace "Ordenar Transcripción" o llame al 1-800-908-9946.

1a Nombre, tal como aparece en la declaración de impuestos. Si es una declaración conjunta, anote el nombre que aparece primero.	1b Número de Seguro Social o número de identificación de contribuyente individual que aparece primero en la declaración de impuestos
2a Si presentó una declaración conjunta, anote el nombre de su cónyuge, tal como aparece en la declaración de impuestos.	2b Número de Seguro Social secundario o número de identificación de contribuyente individual, si presentó una declaración de impuestos conjunta
3 Nombre, dirección (incluyendo núm. de apartamento, habitación u oficina), ciudad, estado y código postal (ZIP) actual (vea las instrucciones)	
4 Dirección previa, tal como aparece en la última declaración presentada, si es diferente a la que aparece en la línea 3 (vea las instrucciones)	
5 Si se va a enviar el trasunto a un tercero (tal como una compañía hipotecaria), anote el nombre, dirección y número telefónico del tercero. El IRS no tiene control sobre qué acción tomará el tercero con la información tributaria.	
Nombre del tercero	Número de teléfono
Dirección (incluyendo núm. de apartamento, habitación u oficina), ciudad, estado y código postal (ZIP)	

Precaución. Si el trasunto de impuestos se va a enviar por correo a un tercero, asegúrese de haber completado la línea **6** antes de firmar este formulario. Firme y feche el formulario una vez que haya completado esta línea. El completar este paso ayuda a proteger su confidencialidad. Una vez que el IRS divulgue el trasunto del IRS al tercero identificado en la línea **5**, el IRS no tiene control sobre qué acción toma el tercero con la información. Si usted desea limitar la autoridad del tercero de divulgar la información sobre el trasunto suyo, usted puede indicar esta limitación en su acuerdo escrito con el tercero.

6 Año(s) solicitado(s). Anote el (los) año(s) por el (los) cual(es) solicita el trasunto de la declaración (por ejemplo, "2008"). La mayoría de las solicitudes se tramitarán dentro de 10 días laborables.

Nota: Si el IRS no puede localizar la declaración que concuerda con la información de identidad del contribuyente indicada anteriormente o si los registros del IRS indican que la declaración no ha sido presentada, el IRS le notificará a usted o al tercero que no se pudo localizar la declaración de impuestos, o que una declaración no fue presentada, lo que corresponda.

Precaución. No firme este formulario a menos que todas las líneas correspondientes hayan sido completadas.

Firma(s) del (de los) contribuyente(s). Yo declaro que soy el contribuyente cuyo nombre aparece en la línea **1a** o **2a**. Si la solicitud corresponde a una declaración conjunta, **cualquiera** de los cónyuges puede firmar. **Nota:** Si se va a enviar un trasunto a un tercero, este formulario tiene que recibirse dentro de 120 días a partir de la fecha de la firma.

Firme Aquí	Firma (vea las instrucciones)	Fecha	Número de teléfono del contribuyente que aparece en la línea 1a o 2a
	Firma del cónyuge	Fecha	

Las secciones a las cuales se hace referencia corresponden al Código Federal de Impuestos Internos, a menos que se indique lo contrario.

Acontecimientos Futuros

Si desea obtener información sobre todo acontecimiento reciente que afecte el Formulario 4506T-EZ(SP) (o el Formulario 4506T-EZ, en inglés), tal como legislación promulgada luego de que el formulario se imprimió, visite el sitio www.irs.gov/form4506tezsp.

Precaución. No firme este formulario a menos que todas las líneas correspondientes hayan sido completadas.

Propósito del formulario. Las personas pueden usar el Formulario 4506T-EZ(SP) para solicitar un trasunto de la declaración de impuestos, el cual incluye la mayoría de las líneas de la declaración de impuestos original, para el año actual y los últimos 3 años. El trasunto de la declaración de impuestos no le mostrará los pagos realizados, cargos adicionales sobre multas impuestas ni ajustes realizados a la declaración presentada originalmente. Además, en la línea 5 puede designar a un tercero (tal como una compañía hipotecaria) para recibir un trasunto. El Formulario 4506T-EZ(SP) no puede ser utilizado por contribuyentes que presentan un Formulario 1040 basado en un año tributario que comienza en un año calendario y termina en el año siguiente (año tributario fiscal). Los contribuyentes que se basan en un año tributario fiscal tienen que presentar el Formulario 4506-T, *Request for Transcript of Tax Return* (Solicitud para un trasunto de una declaración de impuestos), en inglés, para solicitar un trasunto de la declaración.

Use el Formulario 4506-T, en inglés, para solicitar trasuntos de la declaración de impuestos, información de la cuenta de impuestos, información del Formulario W-2, información del Formulario 1099, verificación de que no se ha presentado una declaración y un resumen de la cuenta.

Solicitud automatizada para obtener trasuntos. Usted puede solicitar los trasuntos rápidamente utilizando nuestras herramientas de servicio de autoayuda. Visítenos en el sitio web www.irs.gov/espanol y pulse sobre el enlace "Ordenar Transcripción", o llame al 1-800-908-9946.

Dónde se presenta el formulario. Envíe el Formulario 4506T-EZ(SP) por fax al (512) 460-2272 o por correo a la siguiente dirección:

Internal Revenue Service
RAIVS Team
Stop 6716 AUSC
Austin, TX 73301

Línea 1b. Anote su número de identificación del empleador (*EIN*, por sus siglas en inglés) si su solicitud está relacionada con una declaración de impuestos de un negocio. De lo contrario, escriba el número de Seguro Social (*SSN*, por sus siglas en inglés) o número de identificación personal del contribuyente (*ITIN*, por sus siglas en inglés) que aparece primero en la declaración. Por ejemplo, si está solicitando el Formulario 1040 que incluye el Anexo C (Formulario 1040), escriba su número de Seguro Social.

Línea 3. Anote su dirección actual. Si utiliza un apartado postal (*P.O. Box*), inclúyalo en esta línea.

Línea 4. Si la dirección en la última declaración que presentó es diferente a la de la línea 3, anote aquí la dirección según se muestra en dicha declaración.

Nota: Si las direcciones en la línea 3 y línea 4 son diferentes y usted no ha cambiado la dirección con el *IRS*, presente el Formulario 8822, *Change of Address* (Cambio de dirección), en inglés.

Firma y fecha. El Formulario 4506T-EZ(SP) tiene que ser firmado y fechado por el contribuyente que aparece nombrado en la línea 1a o 2a. Si usted completó la línea 5 solicitando que se envíe la información a un tercero, el *IRS* tiene que recibir el Formulario 4506T-EZ(SP) dentro de 120 días a partir de la fecha en la que el contribuyente lo firmó, o éste será denegado. Asegúrese de completar todas las líneas correspondientes antes de firmar el formulario.

Los trasuntos de declaraciones de impuestos que han sido presentadas conjuntamente pueden ser proporcionados a cualquiera de los cónyuges. Sólo se necesita una firma. Firme el Formulario 4506T-EZ(SP) utilizando el nombre exacto que apareció en la declaración original. Si cambió su nombre, firme también su nombre actual.

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites. Solicitamos la información requerida en este formulario para establecer su derecho de tener acceso a la información tributaria solicitada, conforme al Código de Impuestos Internos. Necesitamos esta información para identificar correctamente la información tributaria y responder a su solicitud. Si usted solicita un trasunto, las secciones 6103 y 6109 le requieren a usted que provea esta información, incluyendo su número de Seguro Social. Si usted no provee esta información, no podremos tramitar su solicitud. Si provee información falsa o fraudulenta, podría estar sujeto a multas.

Uso normal de la información incluye el divulgar esa información al Departamento de Justicia para casos de litigio civil y penal y a las ciudades, estados, el Distrito de Columbia y los territorios o estados libres asociados con los EE.UU. a fin de ayudarlos en administrar sus leyes tributarias. Además, podemos también divulgar dicha información a otros países conforme a un tratado tributario, a agencias del gobierno federal y estatal para ejecutar las leyes penales federales no relacionadas con los impuestos, a agencias que ejecutan el cumplimiento de la ley federal y agencias de inteligencia para combatir el terrorismo.

Usted no está obligado a proveer la información solicitada en un formulario sujeto a la Ley de Reducción de Trámites, a menos que el mismo muestre un número de control válido de la *Office of Management and Budget* (Oficina de Administración y Presupuesto u *OMB*, por sus siglas en inglés). Los libros o registros relativos a un formulario o sus instrucciones tienen que ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la administración de toda ley de impuestos internos. Por regla general, las declaraciones de impuestos y la información pertinente son confidenciales, como lo requiere la sección 6103.

El tiempo que se necesita para completar y presentar el Formulario 4506T-EZ(SP) variará, dependiendo de las circunstancias individuales. El promedio de tiempo que se estima para completar este formulario es el siguiente: **Aprender acerca de la ley o este formulario**, 6 min.; **Preparar el formulario**, 21 min.; y **Copiar, unir y enviar el formulario al IRS**, 20 min.

Si desea hacer cualquier comentario acerca de la exactitud de estos estimados de tiempo o si desea hacer cualquier sugerencia que ayude a que el Formulario 4506T-EZ(SP) sea más sencillo, por favor, envíenos los mismos. Puede escribirnos a:

Internal Revenue Service
Tax Forms and Publications Division
1111 Constitution Ave. NW, IR-6526
Washington, DC 20224

No envíe el formulario a esta dirección. En vez, vea **Dónde se presenta el formulario**, en esta página.

¿APLICACIÓN lista de verificación de terminación - sacaste todo?

Sin estos elementos la aplicación no será revisada. **Debe revisarse una aplicación totalmente completa y su determinación enviados por correo dentro de 21 días de la presentación.**

- Más reciente pagar recibos *** con año a figuras de la fecha
- Declaraciones de impuestos federales más reciente - formulario 1040 y si por cuenta propia agregar. Schedule C o verificación de la no presentación**
- * Otra documentación de ingresos antes de 12 meses (declaraciones de Seguridad Social, desempleo, etcetera.)
- Completado y firmado la solicitud
- Verificación de seguro estado/historia (incluyen negación Letras) si seguro, son prueba de la aplicación a través de la federales mercado de Oregon Health Plan**
- Determinación de las letras del DHS (cupones de alimentos, TANF, vivienda, etc) si todo está disponible
- Cartas de apoyo de los ayudar
- Carta financiera de la Universidad y los gastos
- Copia de estado de cuenta actual**
- Explicar situación financiera carta personal.

Información adicional puede ser requerida para procesar su solicitud. Si es así, nosotros le contactaremos.

¡Correo, fax (503.769.3472) o en la oficina ASAP!
Gracias. Cualquier duda llame al 503.769.9334.

Volver a:
Hospital de Santiam
Attn: Janet
P.O. Box 577
Stayton, OR 97383