



Advanced Medical Transport
1718 N Sterling Ave
Peoria, IL 61604-3831
(309) 494-6203 o (855) 268-2455 (855-AMT-BILL)
<http://www.amtci.org>

Proceso de solicitud para el Programa de asistencia financiera

Advanced Medical Transport es una organización sin fines de lucro que ofrece transporte para emergencias y para no emergencias. Como parte de nuestro compromiso de ofrecer servicios caritativos a pacientes de nuestra comunidad se ha desarrollado un Programa de asistencia financiera. El programa ofrece descuentos sobre los cargos de transporte para pacientes que cumplan con los requisitos estipulados relativos a ingresos y tamaño de la familia. Los descuentos oscilan entre el 10 y el 100 % en función de la elegibilidad del solicitante. Si usted tiene menos de 21 años y es estudiante de tiempo completo la solicitud deberá ser completada por su familia.

Debe adjuntar a su solicitud la siguiente documentación:

- Resúmenes de cuenta bancaria de los 2 últimos meses
- Comprobantes de pago correspondientes a los 3 últimos períodos de pago
- Formularios W-2 del ejercicio fiscal más reciente
- Formularios del impuesto federal del ejercicio más reciente, si fueron presentados
- Los solicitantes que sean trabajadores independientes deben presentar los formularios de impuestos correspondientes a los últimos 3 años
- Beneficios de pensión
- Beneficios por desempleo (si los está recibiendo o si los haremos dentro del año informado)
- Seguro Social o beneficios por discapacidad del Seguro Social
- Si no le corresponden ninguno de los beneficios precedentes sírvase presentar una carta en la que indique cómo se mantiene económicamente si sus circunstancias son especiales o si no puede completar esta solicitud en su totalidad.

Sírvase remitir su solicitud debidamente completada, junto con la documentación requerida, a la dirección consignada más arriba. Si necesita ayuda para responder sus preguntas, comuníquese con el Departamento de atención al cliente al **(309) 494-6203 o al (855) 268-2455 (855-AMT-BILL)**.

Solicitud para el Programa de asistencia financiera de Advanced Medical Transport

Información sobre el paciente				
Nombre del paciente	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Edad	Estado civil
Dirección del paciente (Calle, Ciudad, Estado y Código postal)				
Nombre de la persona responsable	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	
Nombre(s) del (de los) dependiente(s)	Edad(es)	Nombre(s) del (de los) dependiente(s)	Edad(es)	
Información sobre el empleador del paciente			Información del empleador del cónyuge/persona responsable	
Nombre:		Nombre:		
Calle:		Calle:		
Ciudad, Estado, Código postal:		Ciudad, Estado, Código postal:		
Cargo:		Cargo:		
Años de antigüedad en el empleo:		Años de antigüedad en el empleo:		
Número de teléfono del trabajo:		Número de teléfono del trabajo:		

Ingresos		
Fuente de ingresos: empleo	Horas trabajadas por semana	Sueldo por hora o salario
Paciente		\$
Cónyuge/Persona responsable		\$
Fuente de ingresos: otras	Ingresos brutos mensuales	
Paciente	\$	
Cónyuge/Persona responsable	\$	
Hijos que trabajen	\$	
Seguro social	\$	
Pensión (Pensiones)	\$	
Pensión para hijos menores	\$	
Ingresos del Seguro Social (SSI)/Ingresos por discapacidad del Seguro Social (SSDI)	\$	
Desempleo	\$	
Otros ingresos (comisiones, propinas, propiedad en alquiler, ingresos agropecuarios o por intereses)	\$	
Total de ingresos brutos mensuales	→	\$
Ingresos brutos anuales (multiplicar el total de ingresos brutos mensuales por 12)	→	\$

Certifico que los ingresos brutos anuales de mi unidad familiar durante el último año fueron de \$ _____ y que mi familia consta de _____ miembros

Información bancaria		
Nombre del banco	Tipo de cuenta	Saldo de la cuenta
	€ De cheques € De ahorro	
	€ De cheques € De ahorro	
	€ De cheques € De ahorro	
Solicitud para el Programa de asistencia financiera de Advanced Medical Transport		

Propiedades			
	Sí/No	Ubicación de la propiedad	Valor aprox. \$
Casa			\$
Propiedad en alquiler			\$
Tierras para actividad agropecuaria			\$
Otros			\$
	Sí/No	Marca/Modelo/Año	Valor aprox. \$
Vehículo número 1			\$
Vehículo número 2			\$

Valor total aproximado de las propiedades \$

Gastos			
	Pago mensual	Pago realizado a	Monto total adeudado
Alquiler/Hipoteca	\$		\$
Préstamos para comprar autos	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
Cuentas de hospital	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
Honorarios médicos	\$ ¹		\$
	\$		\$
	\$		\$
Seguro de salud	\$		\$
Medicamentos	\$		\$
Gas/Electricidad	\$		\$
Teléfono/Celular	\$		\$
Cable/TV satelital	\$		\$
Comestibles	\$		\$
Tarjeta de crédito	\$		\$
, 1 Gastos mensuales totales \$		Monto total adeudado	→

¿Ha solicitado Medicaid y/o algún otro tipo de asistencia de su estado o condado? Sí/No	
Fecha de la solicitud	Programa(s) que solicitó:

Reconozco tener una deuda con Area Ambulance Service por servicios recibidos y facturados a mi persona. He solicitado Medicaid y/o cualquier otro beneficio de terceros para los cuales soy elegible. Todos los beneficios de Medicare, Medicaid o de seguros que me corresponden han sido acreditados en esta(s) cuenta(s). No me resulta financieramente posible pagar el saldo adeudado y solicito asistencia financiera para pagar el (los) saldo(s) pendiente(s). Certifico que la información que he presentado es cierta y correcta.

Firma del paciente o la persona responsable; _____ Fecha: _____. ____

IMPORTANTE: Debe presentarse una verificación de ingresos junto con la Solicitud para el Programa de asistencia financiera. Esta información incluye ¹ Comprobantes de pago, formulario W-2, información del Seguro Social*, formularios de impuestos y resúmenes de cuenta bancaria