



Solicitud de Reducción de Pagos/Dificultades Financieras

National Seating & Mobility (NSM) está obligado por reglamento a cobrar coaseguros o deducibles adeudados de nuestros clientes. Reconociendo que, en circunstancias limitadas, una persona podría no ser capaz de pagar ese pago, NSM está obligado a obtener documentación para apoyar la imposibilidad de pagar la deuda. Por favor, de llenar la siguiente información tan completamente como sea posible. A discreción de NSM, podemos usar esta información para tomar una determinación de su capacidad de pago. NSM puede optar por reducir o renunciar a su coaseguro o deducible, hacer arreglos de pago o elegir no reducir o renunciar cualquier cantidad. NSM se reserva el derecho de modificar o interrumpir este programa en cualquier momento sin notificación previa. La reducción o exención NO se aplica a ningún artículo no cubierto por su seguro.

Nombre del Cliente		Número de Orden de Trabajo:
Cónyuge/Padre/Garante (si corresponde)		Artículo para reducir:
Dirección		<input type="checkbox"/> Coseguro
Ciudad, Estado, Código Postal		<input type="checkbox"/> Deducible
Teléfono/Fax		<input type="checkbox"/> Otro: (por favor, enumere en el espacio a continuación)
Correo electrónico		

DOMICILIO / INFORMACIÓN DE EMPLEO

Número de miembros en el hogar:			
Empleador del solicitante:		Ingresos Anuales:	
Empleador del cónyuge/padre/garante:		Ingresos Anuales:	
Ingresos de otros miembros del hogar:		Ingresos Anuales:	
Otros ingresos:			
Otros ingresos:			

GASTOS MENSUALES NETOS

Gasto	Cantidad Mensual	Gasto	Cantidad Mensual
Pago de Alquiler/Casa		Manutención de los hijos	
Pago de Auto		Seguro de Vida	
Seguro de Auto		Seguro de Propiedad	
Servicios Públicos (eléctrico, teléfono, gas, agua)		Pago con Tarjeta de Crédito	
Alimentos		Otro (por favor, lista)	
Pago de Préstamos (banco, préstamos estudiantiles)			
Prescripciones /Médicas			
Seguro médico/dental			

ACTIVOS/RECURSOS

Miembro del Hogar	Tipo	Valor
	Cuenta de Cheques	
	Cuenta de Cheques	
	Cuenta de Ahorros	
	Cuenta de Ahorros	
	Otros (CD, acciones, bonos, cuentas del mercado monetario, etc.)	

REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN: DEBE ESTAR CONECTADO A LA APLICACIÓN

(Adjunte copias. No envíe documentos originales.)

Documentación de ingresos:	W-2 o talón/declaraciones de cheques de desempleo de los últimos 90 días El talón/declaración de cheques más reciente para todas las personas empleadas en el hogar Prueba de otros ingresos recibidos en los últimos 90 días Formularios/cartas de empleadores o agencias de asistencia Declaración del impuesto sobre la renta Formularios de Medicaid u otra asistencia médica financiada por el estado
Evidencia de circunstancias adicionales que indican dificultades financieras, tales como:	Prueba de deudas o facturas pendientes (copias de estados de cuenta, avisos tardíos, etc.) Prueba de quiebra, si aplica Evidencia de situaciones catastróficas (muerte en familia, divorcio) u otra documentación que demuestra no poder pagar y aún así poder pagar los gastos básicos necesarios
Describa cualquier otra situación o circunstancia que respalde sus dificultades financieras – utilice hojas adicionales si es necesario:	

ACUERDO

Entiendo que la información proporcionada en este documento se utilizará para determinar mi elegibilidad para la asistencia para dificultades financieras de National Seating & Mobility (NSM) y no se venderá, distribuirá, utilizará de ninguna otra manera ni para ningún otro propósito. Por la presente atestiguo que toda la información proporcionada aquí es, a mi leal saber y entender, precisa y completa y que cualquier representación errónea dará lugar a la denegación de asistencia y la recuperación de cualquier cantidad previamente ajustada. Además, entiendo que cualquier asistencia se limita a la(s) orden(es) actual(es) y que debo volver a solicitar asistencia en cualquier orden futura, y que cualquier cambio en las circunstancias financieras debe ser reportado inmediatamente a NSM.

FIRMAS

Firma del cliente		Firma del Garante	
Nombre impreso		Nombre impreso	
Fecha		Fecha	

USO DEL PERSONAL DE NSM SOLAMENTE

Para ser completado por el personal de la Sucursal o la Financiación:		
Número de sucursal/orden:		
Cantidad total actualmente adeudado por el cliente:		
Cantidad adeudado del cliente solo para los artículos cubiertos: <i>(los artículos no cubiertos no son elegibles para descuento o exención)</i>		
¿Se discutió con el cliente los fondos alternativos (CareCredit, tarjeta de crédito, organización caritativa, etc.)? ¿Por qué no se aplicó al pago adeudado?		
Notas/Otra información para tener en cuenta:		
Para ser completado por Compliance (Cumplimiento)		
Fecha de recepción:	Fecha de regreso a la sucursal:	
Comentarios del Revisor de Cumplimiento:		
¿Dificultades verificadas? Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, la cantidad adeudada del cliente se ha reducido a:	
Nombre/Título del Revisor	Firma:	Fecha:
¿Apelado al Comité? <input type="checkbox"/> Sí No <input type="checkbox"/>	Decisión del Comité	Fecha de decisión final: