



Solicitud de Reducción de Pagos/Dificultades Financieras

La normativa exige que National Seating & Mobility (NSM) cobre el coseguro o los deducibles adeudados por nuestros clientes. Al reconocer que, en circunstancias limitadas, es posible que una persona no pueda hacer frente a ese pago, NSM debe obtener la documentación que respalde la imposibilidad de pagar. Complete todas las secciones del formulario. Se requiere una respuesta en todos los campos. Si un campo no corresponde, ingrese "N/A". Si los campos están incompletos o no se reciben los documentos requeridos, esto retrasará la revisión de su solicitud. A discreción de NSM, podemos utilizar esta información para determinar su capacidad de pago. NSM puede optar por reducir o renunciar a su coseguro o deducible, hacer arreglos de pago o optar por no reducir ni renunciar a ningún monto. NSM se reserva el derecho de modificar o discontinuar este programa en cualquier momento sin notificación previa. La reducción o exención NO se aplica a ningún artículo no cubierto.

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: DEBE incluirse para TODOS los miembros del hogar o no podremos procesar su solicitud:	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 indiquen dificultades financieras y/o gastos mayores que sus ingresos, como por ejemplo:	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 Branch o de Funding ANTES de enviarlo a Compliance para su revisión. Todos los campos son obligatorios.		
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 la financiación alternativa (Care Credit, tarjeta de crédito, organización benéfica, etc.)? Si no puede presentar la solicitud, indique el motivo.		
Notas/Otra información para tener en cuenta:		
Una vez que la Solicitud se haya completado en su totalidad y se hayan recibido todos los documentos requeridos, cargue todas las páginas en la orden de trabajo en un paquete denominado "Solicitud por dificultades económicas". Ingrese una nota de Orden de trabajo que indique que se han recibido la Solicitud por dificultades económicas y los documentos de respaldo y envíe la nota de la orden de trabajo mediante el enlace de correo electrónico a Compliance@nsm-seating.com. NO adjunte ninguna documentación al correo electrónico de Compliance.		
Para ser completado por Compliance		
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: