

Solicitud Confidencial de Asistencia Financiera

Información del Paciente

Instalación: _____ # de Cuenta del Paciente: _____ Nombre del Paciente: _____
No. de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono de la Casa: _____
Teléfono del Trabajo: _____ Domicilio del Paciente: _____

SELECCIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA - Por favor marque la respuesta "Y" por sí o "N" por no.

- Y / N 1. ¿Es el paciente menor de 18 ó mayor de 65 años de edad?
Y / N 2. ¿Está la paciente embarazada o está la admisión relacionada con un embarazo?
Y / N 3. ¿Es el paciente un padre soltero o un niño menor de 18 años?
Y / N 4. ¿Estará el paciente potencialmente discapacitado por 12 meses?
Y / N 5. ¿Es el paciente un proveedor de cuidados o tutor de un niño menor de 18 años?
Y / N 6. ¿Es el paciente una víctima de un crimen?
Y / N 7. ¿Es el paciente un padre casado de un menor?
Y / N Si es sí, ¿tiene el paciente una discapacidad de 30 días?
Y / N 8. ¿Tiene el paciente una póliza de COBRA o de seguros por la cual la prima haya caducado?

Número total de miembros de la familia dependientes en el hogar:

(Incluya el paciente, el cónyuge del paciente y/o el tutor legal y cualesquier hijos que tenga el paciente menores de 18 años que vivan en el hogar. Si el paciente es un menor, incluya la madre/padre y/o el tutor legal y todos los demás hijos menores de 18 años que vivan en el hogar.)

Ingresos del Hogar Anuales Brutos Calculados: \$ _____

Para poder determinar las calificaciones para cualesquier programas de descuento o de asistencia, la siguiente información es necesaria.

Información de la Parte Responsable/Garante

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____
No. de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono de la Casa: _____
Teléfono del Trabajo: _____ Domicilio de la Casa: _____
Domicilio del Trabajo: _____
Ingresos Brutos: Por _____ Horas Por Semana: _____
Hora ____ Diario ____ Semanal ____ Quincenal ____ Mensual ____ Anual ____

Si los ingresos son \$0/desempleado, ¿cuál es su medio de soporte?

____ Ahorros/Anualidades ____ Desamparado ____ Refugio ____ Difunto ____
____ Vivo con padre/familiares/amigo ____ Otro ____

Información del Cónyuge

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____
No. de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono de la Casa: _____
Teléfono del Trabajo: _____ Domicilio de la Casa: _____
Domicilio del Trabajo: _____
Ingresos Brutos: Por _____ Horas _____
Hora ____ Diario ____ Semanal ____ Quincenal ____ Mensual ____ Anual ____



Para obtener más información importante, consulte al dorso..

Información importante viene de la parte delantera...

DECLARACIÓN JURADA DE DESAMPARADO

YO, _____, por este medio certifico que soy desamparado, no tengo domicilio permanente, sin empleo ni ahorros ni bienes y sin ingresos aparte de donaciones de otras personas.

Iniciales del Paciente/Garante: _____

TESTIMONIO DE LA VERDAD, AUTORIZACIÓN DE INFORME DE CRÉDITO DE CONSUMIDOR Y CESIÓN DE BENEFICIOS

Por medio de la presente reconozco que toda la información brindada anteriormente es veraz y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa provocará la denegación de esta Solicitud. Entiendo plenamente que los programas del Centro de Asistencia Financiera son un “pagador de último recurso” y, por la presente, asigno al centro todos los beneficios que correspondan de cualquier acción de responsabilidad, reclamaciones por lesiones personales, acuerdos y cualquier otro beneficio de seguro que pueda ser pagadero por enfermedad o lesión para la cuales el centro o sus subsidiarias hayan brindado atención.

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Este formulario de solicitud se utiliza para determinar su elegibilidad tanto para la atención benéfica como para el pago con descuento en virtud de las políticas del hospital. Si es elegible para el pago con descuento, la asistencia financiera que reciba será menor que si cumple con los requisitos para la atención benéfica. Los únicos documentos que debe proporcionar para demostrar los ingresos del hogar son los recibos de pago recientes o las declaraciones de impuestos sobre la renta. Es posible que aceptemos otros documentos, pero no son obligatorios.

NOMBRE DE LETRA DEL PACIENTE/GARANTE

FIRMA DEL PACIENTE/GARANTE

FECHA