

**Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica – confidencial**

Complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NC". Adjunte más hojas de ser necesario.

**INFORMACIÓN DE SELECCIÓN**

¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si responde Sí, indique el idioma que prefiere:</i>
¿El paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Es posible que deba solicitarlo antes de que pueda ser considerado para la asistencia financiera</i>
¿Recibe el paciente servicios públicos estatales, como TANF, Basic Food o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es el paciente actualmente una persona sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE**

- No podemos garantizarle que reunirá los requisitos para obtener asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, podremos verificar toda la información y pedirle información adicional o comprobantes de ingresos.
- En el transcurso de 14 días calendario luego de que recibamos su solicitud completada y la documentación, le notificaremos si califica para la asistencia.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE**

Primer nombre del solicitante	Segundo nombre del solicitante	Apellido del solicitante
<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social del paciente (opcional*)  <i>*opcional, pero necesario para obtener una asistencia más generosa por encima de los requisitos de las leyes estatales</i>
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento Número del Seguro Social (opcional*)  <i>*opcional, pero necesario para obtener una asistencia más generosa por encima de los requisitos de las leyes estatales</i>
Dirección postal	Número(s) de contacto principal(es)	
_____	( ) _____	
_____	( ) _____	
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico: _____		
Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura		
<input type="checkbox"/> <b>Empleado</b> (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> <b>Desempleado</b> (tiempo que lleva desempleado: _____) <input type="checkbox"/> <b>Trabajador independiente</b> <input type="checkbox"/> <b>Estudiante</b> <input type="checkbox"/> <b>Discapacitado</b> <input type="checkbox"/> <b>Jubilado</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro</b> ( _____ )		

**INFORMACIÓN FAMILIAR**

Indique los miembros que integran su familia, incluido usted. "Familia" incluye a las personas emparentadas por vínculo biológico, matrimonio u adopción que viven juntas.

**TAMAÑO DE LA FAMILIA** \_\_\_\_\_ *Adjunte otra hoja de ser necesario.*

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años o más: Nombre del (de los) empleador(es) o fuente de ingresos	Si tiene 18 años o más: Ingresos mensuales totales brutos (antes de impuestos):	¿También solicita asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

**Deben divulgarse los ingresos de todos los miembros de la familia adultos. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:**

- Salarios - Desempleo - Trabajo por cuenta propia - Compensación por accidentes de trabajo - Discapacidad
- Seguridad de ingreso suplementario (SSI) - Manutención de menores/conyugal
- Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otro (*explicar* \_\_\_\_\_)

# Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención benéfica – confidencial

## INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

**RECUERDE:** Debe incluir comprobantes de ingresos con su solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Se requiere la verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera.

**Todos los miembros de la familia de 18 años o más deben divulgar sus ingresos. Si no puede proporcionar la documentación, puede presentar una declaración por escrito firmada en la que describa sus ingresos. Proporcione el comprobante para cada fuente de ingresos identificada.**

**Entre los ejemplos de comprobantes de ingresos se incluyen:**

- Una declaración de retención "W-2"; o
- Recibos de pago actuales (*mínimo necesario, no más de 3 meses*); o
- Declaración de impuestos sobre los ingresos del año anterior, incluidos los anexos si corresponde; o
- Declaraciones por escrito firmadas de empleadores u otros; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica con financiamiento del estado; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para compensación por desempleo.

Si usted no tiene un comprobante de ingresos o no tiene ingresos, adjunte otra hoja con una explicación.

## INFORMACIÓN SOBRE GASTOS

Utilizamos esta información para obtener un panorama más completo de su situación financiera.

Gastos mensuales del hogar:

Alquiler/hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas de seguro	\$ _____	Servicios públicos	\$ _____
Otras deudas/gastos	\$ _____	(manutención de menores, préstamos, medicamentos, otro)	

## INFORMACIÓN SOBRE ACTIVOS

Esta información puede ser utilizada si sus ingresos están por encima del **101 %** de las Pautas Federales de Pobreza.

Saldo actual de la cuenta de cheques

\$ \_\_\_\_\_

Saldo actual de la cuenta de ahorros

\$ \_\_\_\_\_

¿Tiene su familia estos otros activos?

**Marque todos los que correspondan**

- Acciones    Bonos    Plan 401K    Cuenta(s) de Ahorros para la Salud  
 Fideicomiso(s)    Propiedades (sin incluir la vivienda principal)  
 Es propietario de un negocio

## INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte otra hoja si existe otra información sobre su situación financiera actual que desea que sepamos, como por ejemplo, dificultades económicas, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o pérdida personal.

## ACEPTACIÓN DEL PACIENTE

Entiendo que Kadlec Regional Medical Center puede verificar la información revisando la información de crédito y obteniendo información de otras fuentes para poder determinar la elegibilidad para la asistencia financiera o los planes de pago.

Ratifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que yo proporciono es falsa, esto podría dar como resultado que se me negara la asistencia financiera, y yo podría ser responsable y tener que pagar por los servicios proporcionados.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que presenta la solicitud

\_\_\_\_\_  
Fecha