Ascension

Estimado paciente/solicitante:

Ascension está motivado por la compasión y comprometido a brindar atención personalizada para todos, en especial para aquellos que más la necesitan. Ofrecer asistencia financiera a nuestros pacientes es nuestra misión y un privilegio. La asistencia financiera solo está disponible para emergencias y otros tipos de atención médicamente necesaria. Gracias por confiar en nosotros para atender todas sus necesidades de atención médica y las de su familia.

Le enviamos esta carta y la solicitud de asistencia financiera adjunta debido a que recibimos su petición. Si no la solicitó, puede hacer caso omiso. Complete ambos lados de la solicitud e incluya su firma y la fecha antes de enviarla de vuelta. Si usted completó una solicitud dentro de los últimos seis meses y le aprobaron asistencia financiera, háganoslo saber, ya que es posible que no tenga que completar una nueva. Desafortunadamente, no podemos basarnos en una solicitud anterior de hace más de seis meses.

Junto con la solicitud, deberá proporcionar una verificación de los ingresos de su grupo familiar.

Ejemplos de comprobantes de ingresos:

- Copias de los 3 talonarios de pago más recientes emitidos por el empleador
- Copias de la declaración de impuestos anual más reciente (si trabaja por cuenta propia, incluya todos los anexos)
- Carta de concesión del Seguro Social o de la pensión de jubilación
- Declaración de impuestos anual más reciente del padre, madre o tutor legal, si el solicitante es un dependiente listado en su formulario de impuesto y tiene menos de 25 años
- Copia del recibo de beneficios por desempleo
- Otros documentos de validación de ingresos

Si recibe ayuda de o vive con familiares o amigos, haga que completen el formulario adjunto titulado “Letter of Support” (Carta de Apoyo). Esto no los hará responsables de sus facturas médicas, solo ayudará a demostrar cómo está haciendo frente a sus gastos de manutención. Si no recibe ayuda de familiares y amigos, no es necesario que complete el formulario titulado Carta de Apoyo.

Por último, podríamos tomar en consideración sus facturas médicas pendientes para calificar para asistencia financiera. Si desea que las tomemos en consideración, proporcione también documentación de sus costos médicos y de farmacia/medicamentos mensuales pendientes, tales como facturas actuales o saldos de estados de cuenta. **Tenga en cuenta que, para que la solicitud se tome en consideración, debe recibirse 1) la solicitud completa junto con 2) el comprobante de**

ingresos y 3) las facturas médicas pendientes (si procede). No podemos procesar ni tomar en consideración solicitudes que no estén completas.

Cuando presente su solicitud, tenga en cuenta que las comunicaciones a través de correo electrónico por Internet no son seguras. Aunque sea poco probable, existe la posibilidad de que, además de la persona a la que está dirigida, terceros intercepten y lean la información que usted incluya en un correo electrónico. Queremos proteger su información personal y asegurarnos de que permanezca segura. Dado que la solicitud incluye su número de Seguro Social y demás información confidencial, le instamos a que se abstenga de enviarla por correo electrónico.

Imprima y envíe por correo postal o entregue en persona su solicitud completa y documentación de respaldo a la siguiente dirección:

Ascension Mid-Michigan
3274 Solutions Center
Chicago, IL 60677-3002

Estamos aquí para ayudar y queremos asegurarnos de que los pacientes que califican para recibir asistencia financiera la reciban. Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, sobre la documentación de respaldo requerida o sobre la mejor manera de hacernos llegar su solicitud, llame a uno de nuestros representantes de pacientes en Standish al (888) 978-6279 o en St. Joseph al (989) 362-0118.

Atentamente,

Servicios Financieros para Pacientes
Ascension

Formulario de solicitud de asistencia financiera

Ascension

Ascension Standish Hospital y Ascension St. Joseph Hospital

Información del paciente

(Escriba en letra de imprenta; todos los campos se deben completar. Si alguna línea individual de la solicitud no aplica para usted, escriba N/A)

Fecha_____ Número de cuenta _____ Nombre del hospital _____
Nombre (primer nombre y apellido)_____
Fecha de nacimiento_____ Número de teléfono _____
Dirección postal_____ Ciudad_____ Estado_____ Código postal_____
Empleador_____ Estatus laboral_____
Número de horas trabajadas por semana_____ Número de teléfono del empleador _____

Información de la persona responsable/tutor legal

(Si el paciente indicado arriba es el mismo que la persona responsable, deje esta sección en blanco.)

Nombre (primer nombre y apellido)_____

Fecha de nacimiento_____ Número de teléfono _____

Dirección postal_____ Ciudad_____ Estado_____ Código postal_____

Empleador_____ Estatus laboral_____

Número de horas trabajadas por semana_____ Número de teléfono del empleador _____

Dependientes de la persona responsable

Nombre_____ Fecha de nacimiento_____

Nombre_____ Fecha de nacimiento_____

Nombre_____ Fecha de nacimiento_____

Nombre_____ Fecha de nacimiento_____

Número de adultos y niños que viven en el grupo familiar _____

Ingresos mensuales

(Complete los montos en dólares para cada elemento enumerado a continuación. Indique un monto mensual para cada uno.)

Ingresos devengados por el solicitante _____

Otros ingresos del solicitante _____

Beneficios del Seguro Social _____

Ingresos por pensión/jubilación _____

Ingresos por discapacidad _____

Compensación por desempleo _____

Indemnización laboral _____

Ingresos por intereses/dividendos _____

Manutención infantil recibida _____

_____

Ingresos por alquiler de propiedades _____

Cupones de alimentos _____

Distribución de fondos fiduciarios recibidos _____

Otros ingresos _____

Otros ingresos _____

Total de ingresos brutos mensuales $ _____

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, la información que antecede es verdadera y completa. Por la presente autorizo al hospital para obtener información de las agencias externas de informes de crédito si lo considera necesario.

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Comentarios _____

_____

_____

_____

_____

_____

Ascension

Carta de respaldo

Número de historia clínica del paciente/número de cuenta _____

Nombre de la persona que respalda _____

Relación con el paciente/solicitante _____

Dirección de la persona que respalda _____

Para Ascension:

La presente carta tiene la finalidad de informar que (nombre del paciente) _____ recibe pocos ingresos, o ninguno, y que yo le estoy ayudando con sus gastos de manutención. Él/ella tiene poca o ninguna obligación para conmigo.

Al firmar esta declaración, acepto que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada es verdadera.

Firma de la persona que respalda _____

Fecha _____