



Sacred Heart Health System, Inc
aka Sacred Heart Medical Group
aka Panhandle Emergency Physicians

Providence Health System, Inc
aka Providence Medical Group
aka Seton Medical Management

Estimado paciente/garante:

Ha indicado que necesita asistencia con su factura del hospital. Para que podamos evaluar su situación financiera, le solicitamos los siguientes documentos:

- Un formulario de evaluación financiera completo (adjunto).
- Una copia de su(s) formulario(s) de impuestos federales más reciente con TODOS los calendarios de pago, incluido el W-2.
- Una copia de sus tres (3) recibos de sueldo más recientes suyos o de cualquier persona que trabaje en su hogar.
- Una copia de las tres (3) extracciones bancarias más recientes de cada cuenta que tenga.
- Una lista de sus deudas médicas pendientes y costos mensuales de farmacia; nombre y número de teléfono de su asistente social de Medicaid, si corresponde.
- Otro: _____

En caso de tener preguntas o inquietudes, puede comunicarse con el Departamento de Asistencia Financiera al 800-566-5050. **Sepa que, si no recibimos la información solicitada al cabo de 30 días, continuaremos con nuestra práctica de facturación habitual.** Toda la documentación se debe enviar a la dirección mencionada a continuación o por fax. Gracias por su cooperación.

Fax:

(317) 583-2753

A la atención de: Representante de asistencia financiera de NRSC

Correo:

Representante de asistencia financiera de NRSC
10330 N. Meridian Street, 2N PFS
Indianápolis, IN 46290

Formulario de evaluación financiera

El número de historia clínica y el número de cuenta deben ser completados por el personal del hospital		Número de historia clínica:	Hospital	Número de cuenta:
Proporcione la siguiente información de manera completa y precisa. La información queda sujeta a verificación. Si hay más de cinco (5) personas en el hogar, adjunte una lista adicional de los miembros.				
Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido):		Número del seguro social:		Número total de personas en el hogar
Dirección:			Números de teléfono: Casa: () Trabajo: ()	
Ciudad/Estado/Código postal:			Nombre de la parte responsable (primer nombre, segundo nombre, apellido):	
Detalle TODOS los nombres de las personas del hogar	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Relación con el paciente	Ingreso mensual
1.	--			\$
2.	--			\$
3.	--			\$
4.	--			\$
5.	--			\$
Ingreso mensual		Gastos mensuales		
Ingreso bruto de la parte responsable (previo a los impuestos)	\$	Alquiler/Hipoteca/Seguro del dueño de la casa	\$	
Otro ingreso bruto del hogar (previo a los impuestos)	\$	Servicios (electricidad/agua/gas)	\$	
Ingresos por inversiones (rentas/acciones/dividendos)	\$	Teléfono	\$	
Manutención infantil/pensión alimenticia recibidas	\$	Manutención infantil/pensión alimenticia pagadas	\$	
Ingreso por alquiler de propiedades	\$	Alimentos (se excluyen cigarrillos y bebidas alcohólicas)	\$	
Pensión/jubilación/desempleo	\$	Pago de vehículo (préstamo + seguro)	\$	
Otro:	\$	Facturas médicas y de farmacias	\$	
Ingreso mensual total (previo a los impuestos)	\$	Gastos mensuales totales	\$	
Activos		Pasivos		
Valor de la(s) residencia(s)	\$	Saldo del préstamo de la residencia/hipoteca	\$	
Saldo de cuenta corriente	\$	Saldo adeudado en tarjetas de crédito	\$	
Fondos por ahorros/mercado monetario/CD/jubilación	\$	Saldo del préstamo del automóvil	\$	
Valor del automóvil/bote/motocicleta	\$	Facturas médicas totales (adjuntar lista)	\$	
Otro:	\$	Impuestos inmobiliarios	\$	
Valor total de activos	\$	Valor total de pasivos	\$	

Certifico que la información que se proporciona más arriba es una declaración precisa y verdadera de mi información financiera. También certifico que este paciente no cuenta con otra cobertura de seguro adicional que no sea la que se enumeró al momento de registrarse. Comprendo que brindar información falsa conlleva la denegación de la solicitud de cualquier tipo de asistencia financiera por parte de la Organización. Si tengo derecho a alguna acción o conciliación contra o de parte de terceros pagadores, realizaré toda acción necesaria o requerida por la Organización para obtener dicha asistencia y la cederé a la Organización, y tras su recepción, le pagaré a la Organización todos los montos recuperados hasta el monto total del saldo impago de mi factura. Si no solicito dicha asistencia o no continúo con el proceso de solicitud hasta el final o no realizo las acciones razonablemente necesarias o requeridas por la Organización, esto conllevará la denegación de esta solicitud. También autorizo a la Organización a comprobar mi historial crediticio por medio de la oficina de crédito, de ser necesario.

Firma del paciente (parte responsable)

Fecha