



Estimado paciente:

Instrucciones de solicitud

Si desea solicitar el Programa de Asistencia Financiera de Providence Health Services, complete y envíe la solicitud adjunta. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al 800-566-5050 y un representante de asistencia financiera lo ayudará.

ELEGIBILIDAD

Con el fin de calificar para recibir asistencia financiera, tenga en cuenta lo siguiente:

- Se puede solicitar una solicitud para ayuda local, estatal o federal.
- **Los ingresos familiares deben ser verificados. Proporcione el comprobante de los ingresos familiares. (Declaración de impuestos o últimos comprobantes de pago) Si no tiene ingresos, proporcione una declaración explicando con qué respaldo financiero cuenta.**
- También hay que informar otras fuentes de ingresos e incluir: manutención infantil, pensión por alimentos, compensación por accidentes de trabajo, asistencia pública, ingresos de empleo autónomo e ingresos de pensión por desempleo.

La ayuda financiera no está disponible para:

- Artículos personales, como gastos de televisión
- Servicios que no sean médicamente necesarios, incluidos procedimientos cosméticos y tratamientos de infertilidad
- Servicio cubierto por el seguro en otra red de atención médica
- Productos farmacéuticos de venta libre

La determinación de la ayuda financiera solo se aplicará al episodio de atención por el que se está completando esta solicitud.

Envíe por correo la documentación y la solicitud completa a:

NRSC Financial Assistance Representative
10330 N. Meridian Street, 2N PFS
Indianapolis, Indiana 46290

Envíe por fax la documentación y la solicitud completa a:

(317) 583-2753 A/A: NRSC Financial Assistance Representative

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente al 800-566-5050, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 1:45 p. m. y de 2:30 p. m. a 4:00 p. m., hora del este.



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA)				Número de cuenta
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento	Estado civil	Sexo	N.º de teléfono
Dirección:	Ciudad	Estado	Cód. postal	Correo electrónico
Número del seguro social:	Empleador	Tiempo completo	Tiempo parcial	Cantidad de h/sem.
Dirección del empleador:	Ciudad	Estado	Cód. postal	N.º de teléfono

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE

Nombre	Fecha de nacimiento	Estado civil	Sexo	N.º de teléfono
Mismo que antes				
Dirección	Estado	Cód. postal	Correo electrónico	
Número de seguro social	Empleador	Tiempo completo	Tiempo parcial	Cantidad de h/sem.
Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Cód. postal	N.º de teléfono

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE DE LA PARTE RESPONSABLE

Nombre del cónyuge	Número de seguro social	Fecha de nacimiento
Empleador del cónyuge:	Dirección: Ciudad	Estado Cód. postal N.º de teléfono

DEPENDIENTES:

Nombre	Edad	Relación	Nombre	Edad	Relación

INGRESOS BRUTOS MENSUALES			GASTOS BÁSICOS MENSUALES	Pago	Saldo
Ingresos del solicitante			Hipoteca/Renta		
Ingresos del cónyuge del solicitante			Electricidad		
Beneficios del seguro social			Gas		
Ingresos de pensión/jubilación			Teléfono		
Compensación por desempleo			Agua		
Compensación por accidentes de trabajo			Comida		
Ingresos de dividendos/intereses			TV por cable		
Manutención infantil			Cuota de automóvil		
Pensión conyugal			Teléfono móvil		
Ingresos de alquiler			Guardería		
Cupones de alimentos			Manutención infantil/pensión conyugal		
Otros			Medicamentos con receta		
Otros			Tarjetas de crédito:		
INGRESOS BRUTOS TOTALES:			1.		
			2.		
			3.		
BIENES			Otro doctor/ cuenta del hospital:		
Efectivo en mano					
Cuenta de ahorro					
Cuenta corriente					
CD					
Títulos					
Seguro de vida					
Otros bienes inmuebles					
Otros					
Vehículo/Marca y modelo:			Gastos de seguro		
Año			1. Automóvil		
Valor			2. Propiedad		
			3. Vida/médico		
			Otros pagos de préstamo:		
			1.		
			2.		
Acuerdos financieros:			Otros pagos mensuales:		
Seguro de vida			cobra		
Herencia			seguro de vida		
Otros			3.		
VALOR TOTAL DE BIENES:			GASTOS MENSUALES TOTALES		

COMENTARIOS: _____

Certifico por la presente que la información proporcionada es verídica a mi leal saber y entender. Autorizo por la presente al hospital para obtener información de agencias de informes de créditos externas si el hospital lo considera necesario.

Fecha

Firma del paciente, el cónyuge, el garante o el representante legal

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA
A PROVIDENCE HEALTH SERVICES

CERTIFICACIÓN

Mi firma en este formulario certifica que todas las declaraciones son verídicas a mi leal saber y entender, y que he entregado toda la información sobre mis finanzas. Entiendo y reconozco que cualquier declaración falsa de mis finanzas en relación con esta solicitud, o cualquier falta de cooperación con los esfuerzos para reunir los requisitos para los programas que pueden cubrir el costo de mi atención (por ejemplo, Medicaid, demanda por lesiones personales, accidentes de trabajo) puede invalidar cualquier concesión de asistencia financiera, y que seré responsable financieramente por los servicios prestados. Acepto que Providence Health Services o sus representantes soliciten y revisen un informe de mi crédito y tomen otras medidas razonables para validar toda la información proporcionada.

Entiendo que, si califico para la ayuda financiera parcial, seré responsable del pago de la parte restante de la factura.

Declaración referente a ingresos brutos (antes de impuestos y retenciones)

Mi ingreso familiar total anual (agregue las columnas anuales del paciente y cónyuge del otro lado y anote el total a continuación):

Declaración referente a la falta de ingresos

Describa brevemente su situación financiera y el motivo por el cual necesita asistencia financiera con sus facturas médicas.

Firme a continuación:

Paciente /Tutor

(Fecha)