



1150 Varnum St. NE  
Washington, DC 20017

## PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE PROVIDENCE HOSPITAL

### INSTRUCCIONES DE SOLICITUD:

Si desea solicitar el Programa de Asistencia Financiera de Providence Hospital, complete y envíe la solicitud adjunta. Si tiene alguna consulta, los asociados de Providence Hospital están disponibles para responder a sus preguntas y ayudarlo a completar esta solicitud.

Su solicitud completa será revisada para aplicar un descuento según su ingreso familiar y el número de dependientes en su hogar. Si es elegible, el porcentaje de descuento oscilará entre el 70 % y el 100 %. Si no es elegible para este programa, recibirá automáticamente un descuento del 65 % en sus servicios médicos no asegurados.

### ELEGIBILIDAD

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

- Puede ser necesaria una solicitud para ayuda local, estatal o federal.
- **Los ingresos familiares deben ser verificados. Por favor proporcione el comprobante de los ingresos familiares. (Declaración de impuestos y/o últimos comprobantes de pago) Si no tiene ingresos, proporcione una declaración explicando con qué respaldo financiero cuenta.**
- Otras fuentes de ingresos también deben ser informadas e incluyen las siguientes: manutención infantil, pensión alimenticia, compensación al trabajador, asistencia pública, ingresos por trabajo en forma independiente y el ingreso por desempleo.

### La ayuda financiera no está disponible para:

- artículos personales, tales como gastos de televisión;
- servicios que no sean médicamente necesarios, incluidos los 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.***

Solicitud por correo a: Providence Hospital  
Atn.: Financial Counseling & Eligibility Services (Ground Flr)  
1150 Varnum St., NE  
Washington, DC 20017

Envíe esta aplicación por fax al: (202) 281-3143

Consultas relacionadas con esta aplicación: (202) 854-4081



## SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (EN LETRA IMPRENTA)					N. de cuenta	
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento	Estado civil	Sexo			N.° de Teléfono
Dirección:	Ciudad	Estado	Código postal			Dirección de correo electrónico
Número del seguro social:	Empleador		Jornada completa Jornada parcial			Cantidad de horas/sem.
Dirección del empleador:	Ciudad	Estado	Código postal			N.° de Teléfono

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE						
Nombre	Fecha de nacimiento	Estado civil	Sexo			N.° de Teléfono
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal			Dirección de correo electrónico
Número de seguro social	Empleador		Jornada completa Jornada parcial			Cantidad de horas/sem.
Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código postal			N.° de Teléfono

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE DE LA PARTE RESPONSABLE			
Nombre de cónyuge	Número de seguro social		Fecha de nacimiento
Empleador del cónyuge	Dirección:	Ciudad	Estado      Código postal
			N.° de Teléfono

**DEPENDIENTES:**

Nombre	Edad	Parentesco	Nombre	Edad	Parentesco



**PROVIDENCE HOSPITAL**  
**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

**CERTIFICACIÓN**

Mi firma en este formulario certifica que todas las declaraciones son verdaderas a mi leal saber y entender y que he dado a conocer todos los hechos relacionados con 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 permitir que Providence Hospital 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 total de ingresos anuales del hogar** (sumar las Columnas anuales del Paciente y del Cónyuge del otro lado y escriba el total debajo):

---

**Declaración referente a la falta de ingresos**

Describa brevemente su situación financiera / de vida y por qué necesita ayuda financiera con su(s) factura(s) médica(s).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Firme a continuación:**

---

Paciente /Tutor

(Fecha)