Ascension St. Vincent's

Health Outreach Patient Eligibility (H.O.P.E)

Fecha

Estimado paciente/solicitante:

Ascension se basa en la compasión y se dedica a brindar atención personalizada a todos, especialmente a los más necesitados. 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 confiarnos la atención médica de todas sus necesidades de salud y las de su familia.

Le enviamos esta carta y la solicitud de asistencia financiera adjunta debido a que hemos recibido su solicitud. Si no ha enviado una solicitud, puede hacer caso omiso. Por favor, complete la solicitud por ambos lados e incluya su firma y la fecha antes de devolverla. Si usted completó una solicitud en los seis meses pasados y se le aprobó la asistencia financiera, por favor notifíquenos. Puede que no necesite completar una solicitud nueva. No consideraremos una solicitud previa que tenga más de seis meses de antigüedad.

Junto con la solicitud, provea al menos una copia de uno de los siguientes elementos como prueba de ingresos. Si está casado o vive con una persona con quien ha mantenido una relación estable durante 6 meses o más, también tendrá que proporcionar una copia de, al menos, uno de los siguientes ítems como prueba de sus ingresos antes de que se pueda tramitar la solicitud.

- Copias de los 3 recibos de pago de sueldo más recientes emitidos por el empleador.
- Copias de la declaración de impuesto más reciente (en caso de ser independiente, incluya todos los anexos) o verificación de no haber presentado la declaración (www.irs.gov/form 4506-T)
- Carta de adjudicación del Seguro Social o de la pensión de jubilación.
- La declaración de impuestos anual más reciente de los padres o tutores, si el solicitante es un dependiente que figura en su formulario de impuestos y es menor de 25 años.
- Otros documentos de validación de ingresos.
- Copia del recibo de beneficios de desempleo.

Si recibe ayuda de alguien más o vive con familiares o amigos, pídales que completen el formulario adjunto titulado “Carta de respaldo” e incluya una copia de la identificación con foto de esa persona. Esto no los hará responsables de sus facturas médicas. Esto ayudará a mostrar la manera en que puede pagar sus gastos de vida. Si no recibe ayuda de su familia ni de sus amigos, no necesita llenar el formulario de la Carta de respaldo.

Por último, sírvase proporcionar también la documentación correspondiente como prueba de sus gastos médicos y farmacéuticos mensuales pendientes.

Tome en cuenta que se debe recibir la solicitud debidamente llena, junto con la prueba de ingresos, para

que la solicitud sea considerada. No podemos procesar ni considerar solicitudes que no estén completas.

Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico no son seguras. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información que se incluya en un correo electrónico sea interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que va dirigida.

Queremos proteger su información personal y asegurarnos de que permanezca segura. Dado que la solicitud contiene su número de Seguro Social y otra información privada, le instamos a que se abstenga de enviarla por correo electrónico.

Por favor, imprima y envíe por correo o entregue en persona su solicitud debidamente llenada a alguna de las siguientes direcciones:

Ascension St. Vincent's
Medical Group
Programa HOPE
(904) 308-7864

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, llame a uno de nuestros representantes de pacientes al (904) 308-7864.

Atentamente,

Servicios Financieros para el Paciente
Ascension St. Vincent’s

Formulario de solicitud de asistencia financiera

Ascension St. Vincent's

Health Outreach Patient Eligibility (H.O.P.E)

Información del paciente

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

Fecha_____ Número de cuenta _____

Nombre (primer nombre y apellido) _____

Fecha de nacimiento_____ Estado civil_____ Número de teléfono _____

Dirección de correspondencia_____ Ciudad_____ Estado_____ Código postal_____

Número de Seguro Social (solo con fines de facturación e identificación)_____

Empleador_____ Situación laboral _____

Número de horas de trabajo semanales_____ Número de teléfono del empleador _____

Información de la persona responsable o tutor legal

(Si el paciente en cuestión es también la persona responsable, deje esta sección en blanco).

Nombre (primer nombre y apellido) _____

Fecha de nacimiento_____ Estado civil_____ Número de teléfono _____

Dirección de correspondencia_____ Ciudad_____ Estado_____ Código postal_____

Número de Seguro Social (solo con fines de facturación e identificación)_____

Empleador_____ Situación laboral _____

Número de horas de trabajo semanales_____ Número de teléfono del empleador _____

Información del cónyuge de la persona responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, complete la información de los dependientes del paciente).

Nombre (primer nombre y apellido) _____

Fecha de nacimiento_____ Estado civil_____ Número de teléfono _____

Dirección de correspondencia_____ Ciudad_____ Estado_____ Código postal_____

Número de Seguro Social (solo con fines de facturación e identificación)_____

Empleador_____ Situación laboral _____

Número de horas de trabajo semanales_____ Número de teléfono del empleador _____

Dependientes de la persona responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, complete la información de los dependientes del paciente).

Nombre_____ Fecha de nacimiento_____ Parentesco con la persona responsable _____

Nombre_____ Fecha de nacimiento_____ Parentesco con la persona responsable _____

Nombre_____ Fecha de nacimiento_____ Parentesco con la persona responsable

Nombre_____Fecha de nacimiento_____Parentesco con la persona responsable

_____

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

Ingresos mensuales

(Complete la información de esta sección utilizando cantidades en dólares para cada uno de los elementos que se enumeran a continuación. Indique una cantidad mensual para cada uno).

Ingresos devengados del solicitante _____

Ingresos del cónyuge del solicitante _____

Beneficios del seguro social _____

Ingresos por pensión/jubilación _____

Ingreso por incapacidad _____

Compensación por desempleo _____

Indemnización laboral _____

Ingresos por intereses/dividendos _____

Manutención infantil recibida _____

Pensión alimenticia recibida _____

Ingresos por alquiler de propiedades _____

Distribución de fondos fiduciarios recibidos _____

Otros ingresos _____

Otros ingresos _____

Total de ingresos brutos mensuales $ _____

GASTOS MENSUALES DE VIDA

Hipoteca/alquiler _____

Servicios públicos _____

Teléfono (fijo) _____

Teléfono móvil _____

Comestibles/alimentos _____

Servicio de cable/internet/televisión satelital _____

Pago de automóvil _____

Atención infantil _____

Manutención infantil/pensión alimentaria	
Tarjetas de crédito	
Facturas de médicos y hospitales	
Seguro de automóvil	
Seguro de vivienda/propiedad	
Seguro médico/salud	
Seguro de vida	
Otros gastos mensuales	
Total de gastos mensuales $	

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

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Comentarios _____

Ascension St. Vincent's

Health Outreach Patient Eligibility (H.O.P.E)

Carta de respaldo

Número de registro médico del paciente/número de cuenta: _____

Nombre de la persona de apoyo: _____

Relación con el paciente/solicitante: _____

Dirección de la persona de apoyo: _____

Para Ascension:

Esta carta es para informar que (nombre del paciente)_____recibe pocos ingresos, o ninguno, y que yo estoy ayudando con sus gastos de vida. Esta persona no está legalmente obligada frente a mí. Al firmar esta declaración, acepto que la información proporcionada es verdadera, a mi leal saber y entender.

Firma de la persona que respalda_____

Fecha _____