



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

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 en adjunto la carta y la solicitud de asistencia financiera debido a que hemos recibido su solicitud. Si no ha enviado una solicitud, puede hacer caso omiso. Por favor, complete por ambos lados e incluya su firma y la fecha antes de devolverlo. 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 una copia de uno de los siguientes elementos como prueba de ingresos como mínimo. Si está casado o vive con una persona con quien mantiene una relación estable durante 6 meses o más, también tendrá que proporcionar una copia de, al menos, uno de los siguientes elementos 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](http://www.irs.gov/form4506-T) 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.
- Copias de los estados de cuenta bancarios de los 3 meses pasados.
- Copia del recibo de beneficios de desempleo.

Si recibe ayuda de alguien más o vive con familiares o amigos, pídale 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 la solicitud debidamente llena, junto con la prueba de ingresos, debe ser recibida 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
RIVERSIDE
HOPE PROGRAM
1 SHIRCLIFF WAY
JACKSONVILLE, FL 32204**

**ASCENSION ST. VINCENT'S
SOUTHSIDE
HOPE PROGRAM
4201 BELFORT RD
JACKSONVILLE, FL 32216**

**ASCENSION ST. VINCENT'S CLAY
COUNTY
HOPE PROGRAM
1670 ST. VINCENT'S WAY
MIDDLEBURG, FL 32068**

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, llame a uno de nuestros representantes de pacientes al (904) 308-1956.

Atentamente,

Servicios Financieros
para el Paciente de
Ascension St. Vincent's



Health Outreach Patient Eligibility (HOPE)

Preguntas adicionales de evaluación para la asistencia financiera

¿Tiene seguro médico?	S N	Nombre de la compañía de seguro e identificación de miembro
¿Tiene menos de 21 años o más de 65 años?	S N	<input type="checkbox"/> Menos de 21 años <input type="checkbox"/> Más de 65 años
¿Tiene menores de edad en el hogar?	S N	
¿Está embarazada?	S N	
¿La Administración del Seguro Social lo ha calificado como discapacitado o tiene algún caso de discapacidad pendiente?	S N	<input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Caso pendiente: ¿cuándo hizo la solicitud?
¿Cuál es su estado de ciudadanía estadounidense? <i>Por favor, tome en cuenta: se hace esta pregunta solo con propósitos de elegibilidad de Medicaid de emergencia.</i>	S N	<input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Permiso de residencia <input type="checkbox"/> VISA (trabajo o visitante)

Indique el motivo por el cual solicita asistencia financiera/HOPE.

- Tengo facturas médicas pendientes debido a una consulta en emergencia/hospitalización/atención programada (encierre en un círculo una o más respuestas).
- Otro (por favor, explique brevemente)

Tiempo de procesamiento de la solicitud

- Puede tardar hasta 45 días; pero nuestros asesores financieros trabajan de manera diligente para procesar su solicitud lo más rápido posible.
- A fin de ayudar a nuestros asesores financieros con el proceso, asegúrese de entregar una solicitud debidamente llenada y firmada y con todos los documentos requeridos para evitar retrasos en su procesamiento.



Health Outreach Patient Eligibility (HOPE)

Instrucciones detalladas para la solicitud de asistencia financiera

- Formulario de solicitud de asistencia financiera
Complete todos los campos que correspondan, fírmela e indique la fecha.
- Preguntas de evaluación para la asistencia financiera
Por favor, encierre en un círculo Sí o No y proporcione información adicional donde sea necesario.
- Carta de respaldo
Por favor, complétela si aplica para usted.
- Formulario de declaración de estar sin vivienda.
Por favor, complételo si aplica para usted.
- Divulgación de información financiera, Formulario 2613 (solo residentes de FL)
El Departamento de Niños y Familias (Department of Children and Families, DCF) utilizará este formulario para determinar su elegibilidad para Medicaid y si es elegible.
Las líneas de firma deben incluir las firmas del paciente y su cónyuge, si corresponde.
- Asignación del representante designado, Formulario 2505 (solo residentes de FL) Firme y escriba la fecha en la línea de firma del cliente.
Se utilizará este formulario para determinar la elegibilidad de Medicaid y su elegibilidad. Nos permite completar su solicitud de Medicaid y hacerle seguimiento a su caso. No ingrese el nombre del representante.
- Anexo C (solo residentes de GA)
Escriba su nombre en el campo 10 y la fecha en el campo 11.
- Autorización R1 para la representación del paciente. Firme y escriba la fecha.
- Autorización para discutir sobre la cobertura médica R1
Por favor, complete la información solicitada si aplica para usted.

Formulario de solicitud de asistencia financiera



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 (nombre y apellido) _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____

Dirección de correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número del Seguro Social (opcional) _____

Empleador _____ Situación laboral _____

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

Información de la persona responsable o del 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 del Seguro Social (opcional) _____

Empleador _____ Situación laboral _____

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

Información del cónyuge de la parte responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, rellene la información del cónyuge del paciente).

Nombre (primer nombre y apellido) _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____

Dirección de correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número del Seguro Social (opcional) _____

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, rellene la información del cónyuge 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 _____
Ingresos por incapacidad _____
Compensación por desempleo _____
Indemnización laboral _____
Ingresos por intereses/dividendos _____

Manutención infantil recibida _____
Pensión alimenticia recibida _____
Ingresos por alquiler de propiedades _____
Cupones de alimentos _____
Distribución de fondos fiduciarios recibidos _____
Otros ingresos _____
Otros ingresos _____
Total de ingresos brutos mensuales \$ _____

Gastos mensuales de costo de la vida

Hipoteca/alquiler _____
Servicios públicos _____
Teléfono (fijo) _____
Teléfono móvil _____
Comestibles/alimentos _____
Servicio de cable/internet/televisión satelital _____
Pago de automóvil _____
Cuidado de los niños _____

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 \$ _____

Activos

Efectivo/ahorros/cuentas corriente _____
Acciones/bonos/inversiones/certificados de depósito _____
Otros bienes inmuebles/vivienda secundaria _____
Barco/RV/motocicleta/vehículo recreativo _____
Automóviles de colección/automóviles no esenciales _____
Otros activos _____

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera y está completa. Por la presente, autorizo al hospital para obtener información brindada por organismos externos de reportes crediticios en caso de que hospital lo considere necesario.

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Comentarios _____



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

Carta de respaldo

Número de registro médico del paciente/número de cuenta _____

Nombre de la persona que respalda _____

Relación con el paciente/solicitante _____

Dirección de la persona que respalda _____

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 _____



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

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE ESTAR SIN VIVIENDA.

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Últimos 4 números del Seguro Social:
(S/N):

Número de Seguro Social verificado

Actualmente no tengo donde vivir y me permiten recibir correspondencia en la siguiente dirección:

Recibo cupones de alimentos por la cantidad de USD al mes.

Estoy desempleado y no he tenido ingresos en los últimos meses.

PACIENTE

Por medio de este documento doy fe de que mi respuesta a la declaración anterior vigente es verdadera, completa y precisa. Al firmar esta Declaración, certifica que la ha leído o que se la han leído y que ha firmado de manera válida y legal.

Firma del paciente Fecha Número de teléfono

Propietario de la vivienda o arrendatario

Por favor, pídale al propietario de la vivienda o al arrendatario donde puede recibir correspondencia que complete esta sección:

Yo, _____ doy fe de que
_____ actualmente no tiene dónde vivir y puede recibir
correspondencia en mi dirección que se indicó anteriormente.

Firma del residente Fecha Número de teléfono



State of Florida
Estado de Florida

Department of Children and Families
Departamento de Niños y Familias

FINANCIAL INFORMATION RELEASE
Divulgación de información financiera

Date (*Fecha*): _____

Case Number or ACCESS Number
(Número de caso o ACCESS)

To Whom It May Concern:
(*A quien pueda interesar*):

I hereby grant permission and authorize any bank, building association, employer, insurance company, real estate company, government agency or any financial institution of any kind or character to disclose to any agent of the Department of Children and Families full information as to my bank accounts, earnings, insurance policies, property or benefits, for the time period listed below.

(Por medio de este documento doy permiso y autorizo a cualquier banco, compañía de construcción, empleador, compañía de seguros, compañía de bienes raíces, agencia gubernamental o a cualquier institución financiera de cualquier tipo o carácter a divulgar a cualquier agente del Departamento de Niños y Familias la información completa sobre mis cuentas bancarias, ingresos, pólizas de seguro, propiedades o beneficios, por el período que se indica a continuación).

This release is valid from _____ to _____

(Esta autorización es válida desde _____ hasta _____).

Signature(s):
(*Firma(s)*)

Name(s) on Account:
(*Nombre(s) en la cuenta*)

Firma del especialista de ESS

Fecha



Borrar

ASIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE DESIGNADO

Número de caso _____

Nombre del cliente _____

Completado por el cliente

Me gustaría que _____ actuara en mi nombre al determinar mi
Nombre del representante
elegibilidad para la asistencia pública del Departamento de Niños y Familias.

Firma del cliente _____

Fecha _____

Completado por el representante

Comprendo que al aceptar esta asignación soy responsable de suministrar o ayudar a suministrar la información necesaria para establecer la elegibilidad de esta persona para la asistencia. Entiendo que puedo ser procesado por perjurio o fraude si retengo información o suministro información falsa deliberadamente.

Firma del representante _____

Fecha _____

Relación con el cliente _____

Dirección: _____

Ciudad _____

Estado _____

Número de teléfono _____

Autoproclamación del representante

En representación de _____ proporciono información para determinar su elegibilidad para la asistencia dado que no puede actuar en su nombre. Proporcionaré la información a mi leal saber. Comprendo que si retengo información o proporciono información falsa deliberadamente puedo ser procesado por perjurio o fraude. Me comprometo a informar de inmediato de cualquier cambio que conozca sobre su situación.

Firma del representante _____

Fecha _____

Relación con el cliente _____

Dirección: _____

Ciudad _____

Estado _____

Número de teléfono _____



Asistencia para completar este formulario

Puede elegir un representante autorizado.

Puede autorizar a una persona de su confianza para que hable con nosotros sobre esta solicitud, consulte su información y actúe en su nombre en los asuntos relacionados con esta solicitud, lo que incluye obtener información y firmarla en su nombre.

Esta persona se denomina "representante autorizado". Si alguna vez necesita cambiar su representante autorizado, debe contactar a la División de Servicios Familiares e Infantiles (Division of Family and Children Services, DFCS) por el 1-877-423-4746. En caso de que sea asignado legalmente como representante de alguien en esta solicitud, debe presentar evidencia que la respalde.

1. Nombre del representante autorizado (primer y segundo nombre y apellido)		
2. Dirección		3. Número de apartamento u oficina
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal
7. Número de teléfono () -		
8. Nombre de la		9. Número de ID (si)

Al firmar este documento, autoriza a esta persona a firmar su solicitud, obtener información oficial sobre la solicitud y a actuar en su nombre en todos los asuntos futuros con esta agencia.

10. Su firma	11. Fecha
--------------	-----------

Solo para asesores, ayudantes, agentes y corredores certificados de la solicitud.

Complete esta sección si usted es un asesor, ayudante, agente o corredor certificado que está completando esta solicitud en nombre de alguien más.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mes/día/año)	
2. Primer y segundo nombre, apellido, y sufijo	
3. Nombre de la	4. Número de ID (si)



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite Compass.ga.gov o comuníquese con nosotros por el número 1-877-423-4746. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al número 1-877-423-4746. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al número 1-877-423-4746 e informe al representante de servicios al cliente el idioma que necesita. Obtendremos ayuda gratuita para usted. Los usuarios TTY deben llamar al número 1-800-255-0135.



AUTORIZACIÓN PARA LA REPRESENTACIÓN DE UN PACIENTE

DE: (NOMBRE DEL CLIENTE)

Por medio de este documento designo y asigno a R1 Care Coverage, sus agentes y empleados (en conjunto, Representantes) para que me representen y actúen en mi nombre ante cualquier institución médica o financiera, compañía de seguro de vida, lugar de empleo, Departamento de Servicios Humanos del condado o del estado, la Administración del Seguro Social, institución de salud mental y la Administración para Veteranos para potencialmente proteger o modificar beneficios médicos para mí o mi grupo familiar.

Expresamente autorizo la divulgación a mis Representantes de todos los registros hospitalarios, médicos e informes psiquiátricos (incluidos, de ser apropiado, informes sobre consumo de drogas y alcohol y de VIH/sida), toda mi información financiera (incluidos estados de cuenta, políticas de seguro de vida y documentos de empleo y nómina) y cualquier otro documento o información sobre mí o mi grupo familiar que se encuentre en custodia de estas entidades.

Comprendo que algunos de los registros pueden incluir información sobre abuso de sustancias, salud mental o estado de VIH con respecto a otras enfermedades contagiosas. Parte de esta información se debe mantener confidencial de conformidad con todas las leyes estatales y federales y la regulación de privacidad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPPA) según la modificación del 14 de agosto de 2002. Certifico que he recibido una copia del Aviso de R1 sobre la política de privacidad, tal como lo exige la ley.

Por medio de este documento renuncio a cualquier requisito de confidencialidad evaluado por los representantes de R1's Care Coverage y solo divulgaré esta información a aquellos que estén directamente relacionados con mi caso. La información obtenida o divulgada tendrá una duración no mayor a la razonable para obtenerla o divulgarla.

DATOS DE SEGURIDAD SOCIAL: también autorizo y le otorgo el derecho a R1's Care Coverage de recopilar información de la Administración del Seguro Social o la asesoría legal que haya recibido para validar u obtener la información sobre cualquier familiar relacionado con mi caso que esté recibiendo yo o algún miembro de mi grupo familiar.

Nombre (en letra de imprenta)

Firma

Fecha

Dirección:

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Ascension St. Vincent's

Hospital / Fecha de admisión

Firma del testigo (si el paciente no puede firmar)

Representante de Care Coverage

Número de cuenta



INSTRUCCIONES: indique dos contactos adicionales con los que pueda hablar R1 RCM Inc. en su nombre sobre su caso de seguro médico/Medicaid/Medicare:

AUTORIZACIÓN PARA DISCUTIR SOBRE LA COBRETURA MÉDICA

Por medio de este documento autorizo a R1 RCM Inc. a utilizar o divulgar la información sobre mi atención médica con las personas que se indican a continuación. Esta autorización tendrá vigencia hasta que se apruebe la cobertura médica; ocurra la determinación final de que no califico para ninguna cobertura médica o hasta que la retire a través de una notificación por escrito a R1 RCM Inc.

Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

Teléfono: _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma

Fecha

Persona autorizada, si no es el paciente

Firma

Fecha

Dirección:

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Ascension St. Vincent's

Hospital / Fecha de admisión

Firma del testigo (si el paciente no puede firmar)

R1 RCM, Inc. Representante