

Formulario de solicitud de asistencia financiera



Ascension

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).

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 _____

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 ganados del solicitante _____

Ingresos del cónyuge del solicitante _____

Beneficios del seguro social _____

Ingresos por pensión/jubilación _____

Ingreso por discapacidad _____

Compensación por desempleo _____

Compensación del trabajador _____

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 vida

(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).

Hipoteca/alquiler _____

Servicios públicos _____

Teléfono (fijo) _____

Teléfono celular _____

Comestibles/alimentos _____

Servicio de cable/internet/televisión satelital _____

Pago de vehículo _____

Cuidado de los niños _____

Manutención infantil o pensión alimenticia _____

arjetas 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

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 _____



Ascension

[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 impuestos anual más reciente (si trabaja por cuenta propia, incluya todos los anexos).
- 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, haga que completen el formulario adjunto titulado "Carta de respaldo". 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 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 la siguiente dirección:

Ascension St. Joseph/Standish Hospital
Departamento de Asesoramiento Financiero
200 Hemlock
Tawas City, MI 48764

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, llame a uno de nuestros representantes de pacientes al 989-984-3796.

Atentamente,

Servicios Financieros para el Paciente
Ascension