# Image result for ascension logo

# **SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

###### Hospital: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de cuenta:

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

**Nombre del paciente: Fecha de nacimiento:**

**Estado Civil (en círculo): : S M D W Últimos 4 Dígitos del SSN**

**Dirección del Paciente:**

**Ciudad/Estado/Zip:**

**Teléfono principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono alterno: \_\_\_\_\_\_**

**Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono principal del cónyuge:**

## Seguro médico: ­­\_\_\_\_\_\_

**Solicitud de Seguro Médico En Proceso\*:**

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DE CONTACTO DE PARIENTE/OTRA PARA CONFIRMAR APOYO FINANCIERO** |

**Pariente/Otro Nombre de Contacto: Relación: \_**

**Teléfono Principal: Teléfono Alterno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INFORMACIÓN de EMPLEO E INGRESOS**

**No. de Dependientes para Impuestos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. de Niños de 18 años o Menos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Empleador(es) del Paciente**:

**Fecha Contratado**: **Tel. Trabajo:**

**Promedio Horas Trabajadas Semanales Pago por hora:**

**Empleador(es) de Cónyuge**: **Fecha Contratada**:

**Promedio Horas Trabajadas Semanales Pago por hora:**

**Si usted tiene negocio propio o trabaja por cuenta propia, describir el negocio:**

***\* A los pacientes no asegurados se les puede negar los servicios completos si se determina que son "no cooperativos" con los intentos de obtener un seguro o cobertura de elegibilidad a través de otros programas (por ejemplo - Medicaid).***

**ST. JOHN PROVIDENCE**

# **APLICACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA**

**DOCUMENTACIÓN REQUERIDA Y CERTIFICACIÓN**

Con el fin de procesar su Solicitud de Asistencia Financiera, Ud. debe proporcionar una copia de los siguientes documentos:

* Copia de Identificación Oficial con Foto - Licencia de conducir o ID Estatal o Pasaporte Válido Y
* Verificación de Ingresos - (ej.: Talón de Pago Reciente; Declaración de Impuestos; Cuenta Bancaria y la Cantidad Presente:
	+ Pensión que Recibe
	+ Seguridad Social Percibida
	+ Ingresos por Desempleo
	+ Ingresos por Discapacidad
* Carta de Apoyo - Firmada por la persona que le está ayudando con apoyo de residencia y/o alojamiento

**CERTIFICACIÓN**

Mi firma en este documento certifica que todas las declaraciones son la verdad en la medida de mi conocimiento y que he dado a conocer todo lo concerniente a mis finanzas. Entiendo y reconozco que cualquier tergiversación de mis finanzas en relación con esta Aplicación, o cualquier falta de cooperación con los esfuerzos para mi calificación para los programas que puedan cubrir el costo de mi cuidado (por ejemplo, Medicaid, demanda por lesiones personales, compensación laboral, reclamaciones de autos) puede anular la concesión de Asistencia Financiera/Cuidado de Beneficiencia y que seré responsable financieramente por los servicios prestados. Estoy de acuerdo en permitir que el Sistema de Salud de St. John Providence o sus representantes el solicitar y revisar informes acerca de mi crédito y tomar otras medidas razonables para validar toda la información proporcionada.

Yo entiendo que si califico para asistencia financiera parcial/cuidado de beneficencia seré responsable del pago de la parte restante de la factura.

**Por favor, Firme Abajo:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### **Imprimir Nombre del Paciente/Guardián (Fecha)**

#### **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

#### **Firma del Paciente/Guardián (Fecha)**

**SOLO Uso Oficial**

Nombre Consejero Financiero: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Aplicación FA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha Término Aplicación FA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estatus: Aprobado/Negado Decisión Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Carta Enviada/Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se conversó del ACA con el paciente: S/N F/U Solicitó Llamada: S/N Mejor hora para llamar