



Solicitud para el Programa de Asistencia Financiera

Nuestro hospital se compromete a atender a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Los pacientes que no puedan pagar los servicios pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera. Complete y devuelva el siguiente formulario con los documentos solicitados al Departamento de Registro del Centro o al Asesor Financiero para que sea evaluado por Asistencia Financiera.

Números de cuentas del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Cantidad de miembros del hogar calificados: \_\_\_\_\_ Dependiente:  Sí  No

(Un miembro del hogar calificado es cualquier adulto y dependiente adicional según el estado de la declaración de impuestos del paciente).

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_
Dirección: \_\_\_\_\_
Ciudad: \_\_\_\_\_
Estado/código postal: \_\_\_\_\_
Nro. de Seguridad Social (últimos 4 dígitos): \_\_ \_\_ \_\_ \_\_
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
Empleador: \_\_\_\_\_
Dirección: \_\_\_\_\_
Ciudad: \_\_\_\_\_
Estado/código postal: \_\_\_\_\_
Teléfono laboral: \_\_\_\_\_
Teléfono celular: \_\_\_\_\_
Duración del empleo: \_\_\_\_\_
Supervisor: \_\_\_\_\_

PADRE/MADRE/GARANTE/CÓNYUGE

Nombre: \_\_\_\_\_
Dirección: \_\_\_\_\_
Ciudad: \_\_\_\_\_
Estado/código postal: \_\_\_\_\_
Nro. de Seguridad Social (últimos 4 dígitos): \_\_ \_\_ \_\_ \_\_
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
Empleador: \_\_\_\_\_
Dirección: \_\_\_\_\_
Ciudad: \_\_\_\_\_
Estado/código postal: \_\_\_\_\_
Teléfono laboral: \_\_\_\_\_
Teléfono celular: \_\_\_\_\_
Duración del empleo: \_\_\_\_\_
Supervisor: \_\_\_\_\_

RECURSOS

Cuenta corriente:  Sí  No Monto: \$ \_\_\_\_\_
Ahorros (incluidas las cuentas de gastos flexibles y de ahorro para la salud):  Sí  No Monto: \$ \_\_\_\_\_
Bonos: \$ \_\_\_\_\_
Efectivo en mano: \$ \_\_\_\_\_
Certificados de depósitos: \$ \_\_\_\_\_
Cuentas IRA: \$ \_\_\_\_\_
Cuentas Roth: \$ \_\_\_\_\_
Acciones/otras cuentas de inversión financiera (con excepción de los valores depositados en planes de ahorro para la jubilación que no se puedan retirar sin la imposición de sanciones (p. ej.: un plan 401(k))): \$ \_\_\_\_\_
Cuentas de fondo de fideicomiso: \$ \_\_\_\_\_

Vehículo 1: Año: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_
Vehículo 2: Año: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_
Vehículo 3: Año: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_
Vehículo 4: Año: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_
Vehículo 5: Año: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_

(También se incluyen los vehículos recreativos; por ejemplo, barcos, casa rodante, etc.)

### INGRESOS

Salarios del paciente/garante  
(mensuales): \$ \_\_\_\_\_

Salarios del cónyuge/segundo padre/segunda madre  
(mensuales): \$ \_\_\_\_\_

#### Otros ingresos

Manutención infantil: \$ \_\_\_\_\_

#### Otros ingresos

Manutención infantil: \$ \_\_\_\_\_

Beneficios para veteranos: \$ \_\_\_\_\_

Beneficios para veteranos: \$ \_\_\_\_\_

Compensación para trabajadores: \$ \_\_\_\_\_

Compensación para trabajadores: \$ \_\_\_\_\_

Programa de Seguridad de Ingreso  
Suplementario (SSI) \$ \_\_\_\_\_

Programa de Seguridad de Ingreso  
Suplementario (SSI) \$ \_\_\_\_\_

### ORGANIZACIÓN DOMÉSTICA

Residencia principal:

Alquiler: \$ \_\_\_\_\_  Propia: \$ \_\_\_\_\_  Otro (explique): \$ \_\_\_\_\_

Propietario/titular de la hipoteca: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Pago mensual: \$ \_\_\_\_\_

Casa secundaria/otra propiedad:  Alquiler: \_\_\_\_\_  Propia: \_\_\_\_\_ (marque una opción)

Valor: \$ \_\_\_\_\_ Monto del préstamo: \$ \_\_\_\_\_ Pago: \$ \_\_\_\_\_

Pago del alquiler de la casa/de la hipoteca: \$ \_\_\_\_\_

Pago de otra propiedad: \$ \_\_\_\_\_

Servicios públicos: \$ \_\_\_\_\_

Gas: \$ \_\_\_\_\_

Automóvil: \$ \_\_\_\_\_

Préstamos \$ \_\_\_\_\_

Facturas médicas: \$ \_\_\_\_\_

Alimentación: \$ \_\_\_\_\_

Manutención infantil: \$ \_\_\_\_\_

Otro: \$ \_\_\_\_\_

### DOCUMENTOS DISPONIBLES SOLICITADOS

#### Comprobante de ingresos:

- Últimos 4 recibos de pago
- Carta del empleador
- Beneficios de la Seguridad Social (si corresponde)
- Extractos bancarios de los últimos 3 meses
- Declaración de impuestos del año anterior

#### Comprobante de gastos:

- Copia del pago de la hipoteca O
- Copia del contrato de alquiler
- Otros documentos solicitados
- Copias de facturas mensuales

*La información proporcionada en esta solicitud está sujeta a la verificación por parte del hospital y se brindó para determinar mi capacidad para pagar mi deuda. Entiendo que, si proporciono cualquier información falsa, el hospital me denegará cualquier asistencia financiera.*

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Representante del hospital que completa la solicitud: \_\_\_\_\_

**Planilla para la aprobación de la asistencia financiera**

Nombre del hospital:	Fecha de presentación:
Nombre del paciente:	Números de cuenta:
Cantidad de miembros del hogar:	Saldo adeudado:
Ingresos anuales totales:	Servicio: Atención ambulatoria (OP)/atención hospitalaria (IP)/servicio de emergencias (ER)

Comentarios:

**Marque la casilla que corresponde a la asistencia financiera que ofrece el hospital.**

- Sí    Aprobado para el recibir asistencia financiera al 100 %
- Sí    Aprobado para recibir asistencia financiera parcial al \_\_\_\_\_%
- NO    El paciente no califica para recibir asistencia financiera

**Representante del hospital que completa esta revisión:** \_\_\_\_\_

**Aprobado por:**

_____	Fecha	_____	Fecha
Director del SSC		Director de finanzas (CFO)/ vicepresidente (VP) del SSC	

_____	Fecha	_____	Fecha
CFO		Director general (CEO)	