

## Solicitud de asistencia financiera

### 1. Información del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Primer nombre                      Inicial segundo nombre                      Apellido

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_  
Calle                                      Ciudad                                      Estado/Código postal

Número de teléfono del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ Estado civil del paciente: \_\_\_\_\_  
Soltero o casado

Número de seguro social del paciente: \_\_\_\_\_

Número de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_

### 2. Información del garante

Nombre del garante: \_\_\_\_\_  
Primer nombre                      Inicial segundo nombre                      Apellido

Dirección del garante: \_\_\_\_\_  
Calle                                      Ciudad                                      Estado/Código postal

Número de teléfono del garante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del garante: \_\_\_\_\_ Estado civil del garante: \_\_\_\_\_  
Soltero o casado

Número de seguro social del garante: \_\_\_\_\_

Relación del garante con el paciente: \_\_\_\_\_

### 3. Información del /de la esposo/a

**Nota: si el paciente/garante está casado, entonces se requiere la información financiera y la firma del/de la esposo/a para procesar esta solicitud.**

Nombre del/de la esposo/a: \_\_\_\_\_  
Primer nombre                      Inicial segundo nombre                      Apellido

Dirección del/de la esposo/a: \_\_\_\_\_  
Calle                                      Ciudad                                      Estado/Código postal

Número de teléfono del/de la esposo/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del/de la esposo/a: \_\_\_\_\_

Número de seguro social del/de la esposo/a: \_\_\_\_\_

## 4. Información del hogar

### Dependientes

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento

### Empleo e información del seguro

	Paciente/Garante	Esposo/a
Nombre del empleador (si está desempleado escriba "ninguno")		
¿Está en la escuela? (Si responde que sí, escriba el nombre de la escuela).		
¿Tiene seguro de salud? (S/N)		
Si responde que no, ¿hay seguro de salud disponible a través de su empleador o de su escuela? (S/N)		
¿Tiene Medicare? (S/N)		
¿Tiene Medicaid? (S/N)		
¿Recibe beneficios de veterano? (S/N)		

### Ingreso total del hogar

Por favor indique el ingreso mensual total de su hogar proveniente de todas las fuentes de ingresos:

- |  |            |   |            |
|--|------------|---|------------|
| <input type="checkbox"/> Salarios              | U\$S _____ | <input type="checkbox"/> Propinas           | U\$S _____ |
| <input type="checkbox"/> Self-Employment       | U\$S _____ | <input type="checkbox"/> Ganancias de       | U\$S _____ |
| (Trabajo sin relación de dependencia)          |            | su empresa                                  |            |
| <input type="checkbox"/> Ingreso por intereses | U\$S _____ | <input type="checkbox"/> Dividendos         | U\$S _____ |
| <input type="checkbox"/> SSI/Seguro Social     | U\$S _____ | <input type="checkbox"/> Ingreso por rentar | U\$S _____ |

- |  |            |  |            |
|--|------------|--|------------|
| <input type="checkbox"/> <i>Child Support</i>    | U\$S _____ | <input type="checkbox"/> <i>Alimony</i>        | U\$S _____ |
| (Manutención del menor)                          |            | (Pensión alimenticia)                          |            |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos | U\$S _____ | <input type="checkbox"/> <i>Worker's Comp.</i> | U\$S _____ |
|  |            | (Compensación del trabajador)                  |            |
| <input type="checkbox"/> Desempleo               | U\$S _____ | <input type="checkbox"/> <i>Food Stamps</i>    | U\$S _____ |
|  |            | (Estampillas de comida)                        |            |
| <input type="checkbox"/> Pensión/Retiro          | U\$S _____ | <input type="checkbox"/> Ingreso del campo     | U\$S _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro/Anualidades      | U\$S _____ | <input type="checkbox"/> Asistencia pública    | U\$S _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Trust</i>            | U\$S _____ | <input type="checkbox"/> Otros                 | U\$S _____ |
| (Ingreso de fideicomiso)                         |            |  |            |

## 5. Documentación requerida

Adjunte copias de los documentos que se enumeran a continuación, tanto para el paciente/garante como para el/la esposo/a (por favor, solamente remita copias; no remita documentos originales):

- declaración más reciente de impuestos sobre los ingresos, incluyendo las formas W-2 y los cuadros/las tablas auxiliares
- los últimos 2 recibos de pago o una carta de su empleador adonde verifique su ingreso (incluya el número de teléfono y la dirección del empleador)
- estados de cuenta bancarios de los últimos 2 meses
- verificación por escrito de cualquier otra fuente de ingreso (por ejemplo: manutención del menor, seguro social, pensión alimenticia)

O BIEN,

- **Si no tiene ningún ingreso, una carta o comentario más abajo de parte de Ud., adonde menciona su fuente de dinero para gastos de subsistencia.**

## 6. Otros comentarios

## 7. Reconocimiento

Por medio de la presente reconozco que la información en esta solicitud (incluyendo los anexos) es veraz, completa y precisa a mi leal saber y entender. Además, entiendo que para calificar para asistencia financiera, debo seguir todos los pasos necesarios para solicitar y obtener cualquier fuente de pago disponible (tales como Medicaid, Medicare, seguro de salud, etc.).

Por medio de la presente autorizo al **Maria Parham Medical Center** a que contacte a cualquier persona, empresa u organización para verificar toda información que se ha brindado, y por medio de la presente autorizo a dicha persona, empresa u organización a que comparta dicha información con el **Maria Parham Medical Center**. También autorizo al **Maria Parham Medical Center** a que solicite un informe de la oficina de crédito del consumidor (*consumer credit report*).

Firma del paciente/garante: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del/de la esposo/a: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## 8. Instrucciones para el envío/ Información de contacto

Envíe por correo (o entregue en mano) su solicitud de asistencia financiera con su documentación a:

**Maria Parham Health**  
Attn: Financial Counselors  
566 Ruin Creek Road  
Henderson, NC 27536

Para información adicional acerca de la política de asistencia financiera del **Maria Parham Health**, o para asistencia con esta solicitud, por favor llame a *Patient Financial Services* al **252-436-1863** o visite a un *Financial Counselor* en la dirección que se indica más arriba.

Por favor, permita 30 días para el procesamiento.

## Para uso interno solamente

Procesado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Consejero financiero

Determinación de elegibilidad: ( ) Sí ( ) No Descuento: \_\_\_\_\_%

Si se denegó, indique la razón: \_\_\_\_\_

Revisado/Aprobado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Director/Gerente de acceso del paciente (o designado)

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Director de servicios financieros para el paciente (o designado)

\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Director financiero/Oficial financiero en jefe del hospital (o designado)

# Instrucciones para completar la solicitud de asistencia financiera del Maria Parham Health

## **1. Información del paciente**

Nombre del paciente: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del paciente.

Dirección del paciente: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el domicilio adonde vive el paciente incluyendo la ciudad, el estado y el código postal.

Número de teléfono del paciente: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el número de teléfono del paciente.

Fecha de nacimiento del paciente: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco la fecha de nacimiento del paciente.

Estado civil del paciente: escriba claramente en letra de molde "soltero/a" o "casado/a".

Número de seguro social del paciente: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el número de seguro social del paciente.

Número de cuenta del paciente: escriba claramente en letra de molde el número del expediente médico (*medical record number*) que el **Maria Parham Health** le ha expedido al paciente (o el número de identificación del garante si la solicitud es para los balances en cuenta del/de los dependiente/s).

## **2. Información del garante** (completar si corresponde)

Nombre del garante: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del/de la padre/madre o tutor legal del paciente, o de otra persona responsable por el paciente (garante).

Dirección del garante: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el domicilio adonde vive el garante incluyendo la ciudad, el estado y el código postal.

Número de teléfono del garante: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el número de teléfono del garante.

Fecha de nacimiento del garante: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco la fecha de nacimiento del garante.

Estado civil del garante: escriba claramente en letra de molde "soltero/a" o "casado/a".

Número de seguro social del garante: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el número de seguro social del garante.

Relación del garante con el paciente: describa la relación del garante con el paciente (por ejemplo: padre/madre o tutor legal).

**3. Información del/de la esposo/a:** (complete si corresponde; se lo puede saltar si el paciente/garante es soltero)

Nombre del/de la esposo/a: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del/de la esposo/a del paciente/garante.

Dirección del/de la esposo/a: o bien, escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el domicilio adonde vive el/la esposo/a, o sino escriba "misma dirección" si Ud. y su esposo/a viven en el mismo domicilio.

Número de teléfono del/de la esposo/a: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el número de teléfono de su esposo/a.

Fecha de nacimiento del/de la esposo/a: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco la fecha de nacimiento de su esposo/a.

Número de seguro social del/de la esposo/a: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el número de seguro social de su esposo/a.

#### **4. Información del hogar**

Dependientes: escriba claramente en letra de molde el nombre, la relación y la fecha de nacimiento de cada persona en su hogar que Ud. menciona como dependiente en su declaración de impuestos (niños o adultos para quienes Ud. provee financieramente más del 50% de sus gastos de subsistencia). Puede adjuntar páginas adicionales si necesita más lugar.

Empleo e información del seguro: tanto para el paciente como para el garante y el/la esposo/a, responda cada una de las preguntas que se indican. Escriba "Sí" o "No" o provea la información requerida en cada casilla.

Ingreso total del hogar: escriba claramente en letra de molde el ingreso total que su hogar (el suyo, el de su esposo/a, y el de su/s dependiente/s) recibe cada mes de todas las fuentes. Puede adjuntar páginas adicionales si necesita más lugar.

- Si su hogar recibe ingresos de una fuente que Ud. no ve en la lista, por favor indique la cantidad en la línea "Otros".
- Si su hogar recibe ingresos de una fuente que no le paga mensualmente, sume la cantidad que ha recibido durante los últimos 12 meses, divídala por 12, y luego indique esa cantidad en su solicitud.

#### **5. Documentación requerida**

Los documentos que se enumeran en esta sección son necesarios para ayudarnos a determinar si Ud. califica para asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera del **Maria Parham Health**. Si Ud. no tiene, o no puede producir los ítems que se enumeran, por favor incluya una explicación de por qué no puede hacerlo. Por favor, note que *Patient Financial Services* puede requerir información o documentación adicional cuando esté procesando su solicitud.

#### **6. Comentarios**

Utilice esta sección para compartir cualquier información adicional que Ud. quiere que tomemos en consideración al evaluar su solicitud de asistencia financiera.

## **7. Reconocimiento**

Firma del paciente/garante: lea cuidadosamente la declaración de reconocimiento en esta sección y luego firme y feche la solicitud.

Firma del/de la esposo/a: (si está casado/a) que su esposo/a lea cuidadosamente la declaración de reconocimiento en esta sección, y que luego firme y feche la solicitud.