

SANTIAM HOSPITAL

Formulario de Solicitud de Cuidado de Caridad/Asistencia Financiera-Confidencial

Por favor, rellene toda la información por complete. Si no se aplica, escriba "NA". Adjunte paginas adicionales si es necesario.

INFORMACION DE PROYECCION

¿El paciente ha solicitado Medicaid? Si No *Se puede exigir que solicite antes de ser considerado para asistencia financiera*

¿Recibe el paciente servicios públicos estatales como TANF, Alimentos básicos o WIC? Si No

¿El paciente está actualmente sin hogar? Si No

¿La necesidad de atención medica del paciente esté relacionado con un accidente automovilístico o una lesión laboral? Si No

¿Tiene un médico de atención primaria actual? Si No

En caso afirmativo, ¿quién es su médico de atención primaria?

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que usted calificara para recibir asistencia financiera, incluso si solicita.
- Una vez que envíe u solicitud, podemos verificar toda la información y podemos solicitar información adicional o comprobante de ingresos.
- Dentro de los 21 días calendario después de recibir su solicitud y documentación completadas, le notificaremos si califica para recibir asistencia..

INFORMACION DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Nombre del paciente	Nombre secundo del paciente		Nombre apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento		Número de seguro social del Paciente (opcional)
Persona Responsable de la Factura de Pago	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número de seguro social (opcional)
Dirección _____ _____			Números de contacto principales () _____ () _____
Ciudad	Estadio	Código Postal	Dirección de correo electrónico: _____
Situación laboral de la persona responsable del pago de la factura <input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> desempleados (cuanto tiempo desempleados): _____ <input type="checkbox"/> Auto empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)			

INFORMACION FAMILIAR

Haga una lista de los miembros de su familia en su hogar, incluyéndolo a usted. "Familia" incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

TAMANO DE LA FAMILIA _____

Adjunte una página adicional si es necesario

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años o más; nombre del(los) empleador(es) o Fuente de ingresos	Si tiene 18 años o más: Ingreso mensual bruto total (antes de impuestos):	También solicitando asistencia financiera?
					Si / No
					Si / No
					Si / No
					Si / No

Todos los ingresos de los miembros adultos de la familia deben ser revelados. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

- Salarios - Desempleo - Autoempleo - Compensación del trabajador - discapacidad - SSI - Apoyo a los niños/conyalsai
- Programas de estudio de trabajo (estudiantes) - Pension - Cuenta de jubilación Distribuciones - Otro (*por favor explique*)

SANTIAM HOSPITAL

embrace HEALTH™

Formulario de Solicitud de Cuidado de Caridad/Asistencia Financiera-Confidencial

INFORMACION DE INGRESOS

Recuerde: Usted debe incluir prueba de ingresos con su solicitud.

Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben cerrar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede enviar una declaración firmada por escrito que describa sus ingresos. Proporcione una prueba para cada fuente de ingresos identificada:

- Una declaración de retención "W-2";
- O talones de pago actuales (3 meses); o
- La declaración de impuestos del año pasado, incluyendo los horarios si corresponde; o
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otros; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para compensación por desempleo

Si no tiene una prueba de ingresos o no tiene ingresos, adjunte una página adicional con una explicación.

INFORMACION DE GASTOS

Usamos esta información para obtener una imagen más completa de su situación financiera

Gastos mensuales del hogar:

Alquiler/hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas de Seguro	\$ _____	Servicios públicos	\$ _____
Otras deudas/gastos	\$ _____ (manutención infantil, préstamos, medicamentos, otros)		

INFORMACION DE ACTIVOS

Saldo actual de la cuenta corriente de cheques

\$ _____

Saldo de la cuenta de ahorros corriente

\$ _____

¿Su familia tiene estos otros activos?

Por favor marque todos los que apliquen

- Acciones Bonos 401K Cuentas de ahorro para la Salud Confianza
 Propiedad (excluida la residencia principal) Poseer un negocio

INFORMACION ADICIONAL

Adjunte una página adicional, si hay otra información sobre su situación financiera actual que le gustaría que conociéramos, como dificultades financieras, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales o pérdidas personales.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Santiam Hospital puede verificar la información revisando la información de crédito y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para la asistencia financiera o planes de pago.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si la información financiera que doy se determina que es falsa, el resultado puede ser la denegación de asistencia financiera, y puedo ser responsable y se espera que pague por los servicios prestados.

Firma de la persona que solicita

la fecha