

Fecha: _____ Nombre del garante: _____

Nombre del paciente: _____ Fechas de servicio: _____

Número de cuenta _____ Número de expediente médico _____

Estimado paciente o garante:

Adjunta encontrará la solicitud de asistencia financiera del USMD Hospital at Arlington. Cuando complete esta solicitud presentaremos su cuenta para que se considere para asistencia financiera en relación con su factura(s) del hospital, médico o atención de urgencia. Esto aplica solo a sus saldos pendientes del USMD Hospital at Arlington.

Entendemos su deseo de privacidad. Por lo tanto, excepto para fines de verificación, la información incluida en su solicitud será tratada como confidencial. Solo se compartirá dentro de USMD Hospital at Arlington Resources según sea necesario.

Complete cada parte de la solicitud. Si necesita espacio adicional para alguna explicación, use el reverso de la solicitud.

Se requiere comprobante de ingresos para procesar la solicitud. Vea a continuación los documentos aceptables. No proporcionar la documentación solicitada podría resultar en una denegación de consideración de asistencia financiera.

Es importante que complete esta solicitud al recibirla y la devuelva lo antes posible.

Si tiene dificultad para completar esta solicitud o hay un área que no está clara, llame a nuestro equipo. Su cooperación es necesaria para completar su solicitud.

LOS DOCUMENTOS DE COMPROBANTE DE INGRESOS QUE SE NECESITAN DEPENDERÁN DE SU SITUACIÓN FINANCIERA.

CUALQUIERA O TODOS LOS DOCUMENTOS MENCIONADOS PODRÍAN REQUERIRSE PARA DETERMINAR EL RESULTADO DE SU CASO DE ASISTENCIA FINANCIERA.

1. Talones de pago de todos los trabajos: 3 talones de pago actuales por cada trabajo.
2. Declaraciones del seguro social o pensión.
3. Las personas que trabajan por cuenta propia deben presentar una declaración de impuestos personal del año calendario más reciente y 3 meses de estados de cuenta bancarios personales detallados.
 - a. Declaración de impuestos = Formulario personal 1040 más el Formulario 1 y cualquier otro anexo mencionado en el Formulario 1.
4. Formularios W-2 o 1099 de todos los empleos durante el período correspondiente.
5. Beneficios por desempleo: formularios que aprueban o niegan la compensación por desempleo.
6. Comprobante de ingresos por manutención de menores: se prefiere el resumen del Fiscal General.
7. Comprobante de recursos disponibles: estados de cuenta bancarios personales detallados.
8. Formularios que aprueban o niegan elegibilidad para Medicaid o Asistencia Médica financiada por el estado.
9. Declaraciones escritas de empleadores o agencias de asistencia.
10. Carta de apoyo firmada por la persona que proporciona comida y vivienda.
11. Comprobante de ingresos de Compensación para los trabajadores.
12. Ingresos por incapacidad: declaración de ingresos por incapacidad de corto o largo plazo.
13. Formularios que aprueban o niegan elegibilidad para beneficios SNAP.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA – Página 1

Nombre del paciente: Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de cuenta: _____

Casado _____ Soltero _____ Divorciado _____ Viudo _____ Separados _____

¿Tiene hijos menores de edad (menos de 18 años)? _____ Sí _____ No
 ¿Viven con usted? _____ Sí _____ No
 ¿Son sus hijos biológicos o legalmente adoptados? _____ Sí _____ No
 ¿Tiene el paciente trabajo? _____ Sí _____ No
 ¿Tiene el cónyuge trabajo? _____ Sí _____ No
 ¿Tiene seguro médico? _____ Sí _____ No
 ¿Es miembro de un plan de healthshare/cost sharing? _____ Sí _____ No
 ¿Está recibiendo ingresos por incapacidad? ¿Hace cuánto tiempo? _____ Sí _____ No
 ¿Es usted veterano? _____ Sí _____ No

MIEMBROS DE LA FAMILIA (que viven en la casa)

Cónyuge: _____

Hijo: _____ Edad: _____

Hijo: _____ Edad: _____

Hijo: _____ Edad: _____

Hijo: _____ Edad: _____

INGRESOS (Cantidad mensual):

	<u>Ingresos brutos</u>	<u>Ingresos netos</u>
Paciente	\$ _____	\$ _____
Cónyuge	\$ _____	\$ _____
Dependientes	\$ _____	\$ _____
Asistencia Pública	\$ _____	\$ _____
Cupones de alimentos	\$ _____	\$ _____
Seguro social	\$ _____	\$ _____
Desempleo	\$ _____	\$ _____
Beneficios de huelga	\$ _____	\$ _____
Ingresos por compensación	\$ _____	\$ _____
Manutención	\$ _____	\$ _____
Manutención de menores	\$ _____	\$ _____
Asignaciones militares	\$ _____	\$ _____
Pensiones	\$ _____	\$ _____
Ingreso de: CDs		
Alquiler, dividendos		
Intereses	\$ _____	\$ _____
TOTAL	\$ _____	\$ _____

<u>Gastos</u>	<u>Cantidad mensual</u>
Hipoteca/alquiler	\$ _____
Servicios	\$ _____
Pagos de automóvil	\$ _____
Comida / compras	\$ _____
Tarjetas de crédito	\$ _____
Otro (especifique)	\$ _____
TOTAL	\$ _____

BIENES

Cuenta corriente	\$ _____
Cuenta de ahorros	\$ _____
CDs, IRA	\$ _____
Otras inversiones (acciones, bonos, etc.)	\$ _____
Propiedades/terrenos distintos de la residencia principal	\$ _____

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA – Página 2

Nombre del empleador	_____	Empleador del cónyuge:	_____
Número de teléfono	_____	Número de teléfono	_____
Dirección del empleador	_____	Dirección del	_____
Ocupación	_____	empleador	_____

¿Está solicitando beneficios de Medicaid en la actualidad?	_____	Sí	_____	No
¿Ha solicitado asistencia a través del hospital del condado o del programa para personas de bajos recursos? ¿Está su médico donando sus servicios?	_____	Sí	_____	No
¿Hay terceros potencialmente responsables por su accidente, lesión o enfermedad?	_____	Sí	_____	No
¿Hay alguien que lo está ayudando a pagar sus facturas médicas de USMD? ¿Quién lo está ayudando?	_____	Sí	_____	No
¿Cuánta asistencia está recibiendo?	_____		_____	

Indique cualquier otra información que considere útil para determinar su elegibilidad para recibir asistencia en el pago de sus facturas médicas de USMD.

Ingresos esperados o fondos que recibirá durante el tiempo que esté sin trabajar debido a su enfermedad. (Licencia por enfermedad, tiempo libre remunerado, ingresos por incapacidad de corto o largo plazo). \$ _____

Tiempo estimado durante el cual no podrá trabajar o generar ingresos: _____

Entiendo que el Hospital USMD puede verificar la información financiera contenida en esta solicitud, y por la presente autorizo al Hospital USMD a comunicarse con mi empleador para certificar la información proporcionada y solicitar informes a agencias de crédito. Soy consciente de que esta información se utilizará para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera y que la falsificación de información en esta solicitud puede resultar en la denegación de esa asistencia. También entiendo que cualquier aprobación de Asistencia Financiera puede revocarse total o parcialmente en caso de recuperaciones provenientes de un tercero o de otras fuentes.

[Solo para responsabilidad de terceros] Además, entiendo que cualquier atención recibida según la Asistencia Financiera no constituye una renuncia por parte del hospital a su derecho de gravamen hospitalario para el reembolso de ninguna cantidad que adeude, y que cualquier reembolso que yo reciba relacionado con esta hospitalización debe enviarse al USMD Hospital en Arlington.

Firma de la persona que hace la solicitud, si es paciente

Fecha

Firma de la persona que hace la solicitud, si no paciente

Relación

Dirección del paciente Ciudad Condado ZIP estatal

Número de teléfono fijo