

Solicitud de Asistencia Financiera de St. David's Healthcare Partnership

Nombre del Paciente _____ Número de Cuenta del Paciente _____

Número de Teléfono _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento (mes/día/año) _____

- Empleado
 Desempleado

Empleador (Nombre, Dirección y Número de Teléfono) _____

Nombre del Cónyuge _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento (mes/día/año) _____

Padre del Paciente (si el paciente es menor de edad) _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento (mes/día/año) _____

Madre del Paciente (si el paciente es menor de edad) _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento (mes/día/año) _____

A. Salarios: Proporcione los salarios de cada una de las siguientes personas de su hogar.

	Marque con un círculo la opción que corresponda		Marque con un círculo la opción que corresponda	
Paciente \$ _____	Hora / Semana / Mes / Año	Padre del Paciente (si el paciente es menor de edad)	\$ _____	Hora / Semana / Mes / Año
Cónyuge \$ _____	Hora / Semana / Mes / Año	Madre del Paciente (si el paciente es menor de edad)	\$ _____	Hora / Semana / Mes / Año

B. Otros Recursos: Proporcione el monto total de otros recursos con los que cuente, incluso cuentas de ahorro, cuentas corrientes, acciones, bonos, etc. \$ _____

Proporcione el monto de ingresos anuales que reciba de estos otros recursos, incluso ingresos por intereses, dividendos, rentas por alquileres, etc. \$ _____

C. Miembros de la Familia: Proporcione la cantidad de personas en el hogar del paciente. _____

D. Verificación de Ingresos: Proporcione cualquiera de los siguientes tipos de documentación para verificar sus ingresos.

- Formulario W-2 del IRS
- Comprobante de Transferencia de Salario
- Declaración de Impuestos
- Estados de Cuenta Bancaria
- Verificación del Empleador
- Prueba de la Participación en Programas de Asistencia Gubernamental, tales como cupones de alimentos, CDIC, Medicaid o AFDC
- Cartas de Determinación de Compensación de Desempleo o del Seguro Social
- Otros, describa

Si no puede proporcionar una de las documentaciones de fuentes de ingresos mencionadas anteriormente, explique por qué esta información no está disponible:

Entiendo que St. David's Healthcare Partnership (SDHP) podrá verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de Asistencia Financiera (la "Solicitud") en relación a la evaluación de SDHP de esta Solicitud, y que mediante mi firma en la presente autorizo a mi empleador a certificar la información proporcionada en esta Solicitud. También autorizo a SDHP a solicitar informes de las agencias de informes de crédito y a la Administración del Seguro Social. Certifico que esta información es verdadera a mi leal saber y entender y que soy consciente de que la falsificación de la información en esta Solicitud puede rdar como resultado la denegación de la ayuda financiera.

Entiendo que cualquier ayuda financiera se basa en mi incapacidad para pagar, y que si llegara a estar disponible una nueva fuente de ingresos, SDHP podrá revertir su concesión de asistencia financiera en su totalidad o en parte.

 Firma del Paciente o de la Persona Responsable _____ Fecha _____

 Firma del Empleado de SDHP si alguna parte de la Solicitud de Asistencia Financiera es completada por un Empleado de SDHP _____ Fecha _____

Información e Instrucciones para la Solicitud de Asistencia Financiera de St. David's Healthcare Partnership

Instrucciones:

Como parte de su compromiso de servir a la comunidad, y en el cumplimiento de uno de los fines benéficos del Sistema de St. David's Healthcare, St. David's Healthcare Partnership elige proporcionar asistencia financiera a las personas que cumplan con ciertos requisitos de ingresos.

Para determinar si una persona puede cumplir con los requisitos para recibir asistencia financiera, necesitamos obtener cierta información financiera como se indica en esta solicitud. Su colaboración nos permitirá analizar la solicitud de asistencia financiera con la debida consideración.

Complete la Solicitud de Asistencia Financiera y devuelva el formulario completo al Representante de Registro, o envíe el formulario completo por correo a la siguiente dirección:

Servicios de Cuentas de Pacientes (Patient Account Services)

PO Box 292369

Nashville, TN 37229-2369

Sección A: Salarios

En la sección A de la Solicitud de Asistencia Financiera, indique el Monto en Dólares que cada persona incluida recibe como remuneración, y si la cantidad representa la remuneración por hora, semana, mes o año.

Sección B: Otros Recursos

En el primer espacio en blanco en la sección B de la Solicitud de Asistencia Financiera, indique el Monto en Dólares que ha invertido en cuentas corrientes, cuentas de ahorro, acciones, etc. En el segundo espacio en blanco, indique el Monto en Dólares de los ingresos que recibe anualmente de dichas inversiones. Por ejemplo, en el primer espacio en blanco uno podría poner que tiene \$5,000 en una cuenta de ahorros y en el segundo espacio en blanco podría poner que gana \$250 de interés anual por esa cuenta.

Sección C: Miembros de la Familia

La sección C de la Solicitud de Asistencia Financiera solicita información sobre la cantidad de personas en el hogar del paciente. Este número debe incluir al paciente, al cónyuge del paciente y a los familiares a cargo del paciente. Si el paciente es menor de edad, incluya al paciente, a la madre y/o el padre y/o el tutor legal del paciente y a cualquier familiar residente a cargo de la madre, del padre y/o del tutor legal del paciente.

Sección D: Verificación de Ingresos

Para poder considerar su solicitud de asistencia financiera, se requiere la verificación de los salarios informados en la sección A de la Solicitud de Asistencia Financiera. Proporcione una copia de un formulario W-2 del IRS, Salarios y Declaración de impuestos; comprobantes de transferencia de salario; devolución de impuestos; estado de cuenta bancaria u otro indicador adecuado de ingresos o prueba de la participación en un programa de beneficios públicos como el Seguro Social, Compensación por Desempleo, Medicaid, Programa de Salud para Indigentes del Condado, AFDC, Seguro de Desempleo, Cupones para Alimentos, WIC, Texas Healthy Kids, Programa de Seguro Médico para Niños u otros programas similares relacionados con la indigencia.

También puede verificar su salario haciendo que su empleador proporcione una verificación por escrito o que hable con un representante de SDHP.

Si no puede proporcionar una de las fuentes de documentación de ingresos mencionadas anteriormente, proporcione una explicación por escrito en la sección D de la Solicitud de Asistencia Financiera.

Servicios Médicos

Los médicos que prestan servicios no son empleados de St. David's Healthcare Partnership. Usted recibirá facturas separadas de su médico particular y de los demás médicos cuyos servicios hayan sido necesarios en su atención. Si tiene alguna pregunta sobre estas facturas, o para concertar las condiciones de pago de los servicios de los médicos, comuníquese con el consultorio de cada médico.