



Formulario de solicitud de asistencia financiera/atención de caridad - confidencial.
Complete el formulario en su totalidad con toda la información. Si algo no corresponde, escriba "N/C". Añada páginas adicionales si es necesario.

INFORMACIÓN PARA EVALUACIÓN

¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique su idioma de preferencia:

¿Ha solicitado el paciente la cobertura de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

¿Recibe el paciente servicios públicos estatales, como la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), Basic Food o el Programa para mujeres, bebés y niños (WIC)? ☐ Sí ☐ No

¿El paciente se encuentra actualmente sin hogar? ☐ Sí ☐ No

¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión laboral? ☐ Sí ☐ No

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE

- No podemos garantizar que cumpla los requisitos para recibir asistencia financiera aunque la solicite.
- Una vez que envíe la solicitud, podríamos corroborar toda la información y pedirle que nos facilite información faltante.
- Esta solicitud se utiliza para determinar la elegibilidad tanto para la atención de caridad (gratuita) como para la atención con descuento. Si solo solicita atención con descuento, es posible que reciba menos asistencia financiera de la que podría obtener en virtud del programa de atención de caridad.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Nombre del paciente	Segundo nombre del paciente		Apellido del paciente
☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro (puede especificar)	Fecha de nacimiento	☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado legalmente ☐ Viuda ☐ Viudo	Número de Seguro Social del paciente (opcional)
Centro	Fecha de servicio	Número de encuentro	Método de contacto preferido ☐ Correo electrónico ☐ Teléfono ☐ Correo
Persona encargada de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (opcional)
Dirección postal			Números de contacto principales () _____ () _____
Ciudad	Estado	Código postal	Dirección de correo electrónico _____
Situación laboral de la persona encargada de pagar la factura ☐ Empleado (fecha de contratación: _____) ☐ Desempleado (por cuánto tiempo: _____) ☐ Autónomo ☐ Estudiante ☐ Discapacitado ☐ Jubilado ☐ Otro (explique): _____			

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Agregue en la tabla a los miembros de su familia que vivan en su hogar, incluido usted.

Para pacientes de California y Hawái: se entiende por “familia”: (i) en el caso de las personas mayores de 18 años, el cónyuge, la pareja de hecho, los hijos dependientes menores de 21 años —o de cualquier edad si tienen una discapacidad—, independientemente de que vivan en el domicilio familiar o no, y (ii) en el caso de las personas menores de 18 años o de los hijos dependientes de entre 18 y 20 años, los padres, los familiares que ejerzan la tutela y otros hijos menores de 21 años —o de cualquier edad si tienen una discapacidad— de los padres o del familiar que ejerza la tutela.

Para los pacientes de Oregón: se entiende por “hogar”:

(A) Una sola persona; o (B) cónyuges, parejas de hecho o un progenitor y un hijo menor de 18 años que convivan, **y** otras personas de las cuales una sola persona, cónyuge, pareja de hecho o progenitor sea responsable económicamente.

CANTIDAD DE MIEMBROS DEL HOGAR/DE LA FAMILIA _____

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si es mayor de 18 años: nombre de los empleadores o fuente de ingresos	Si es mayor de 18 años: ingresos brutos mensuales totales (antes de impuestos):	¿También solicita asistencia financiera?
					Sí/No
					Sí/No
					Sí/No

Añada una página adicional si es necesario.

Se deben declarar los ingresos de todos los miembros adultos de la familia. Entre las fuentes de ingresos se incluyen, por ejemplo:

- Salarios - Compensación por desempleo - Trabajo por cuenta propia - Compensación laboral
- Beneficios por discapacidad - Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Manutención de hijos/cónyuge - Programas de trabajo y estudio (estudiantes) - Pensión
- Distribuciones de cuentas de retiro - Otro (explique: _____)

INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

RECUERDE: debe adjuntar un comprobante de ingresos a la solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Es necesario verificar los ingresos para determinar la asistencia financiera.

Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben declarar sus ingresos. Si no puede presentar la documentación correspondiente, puede enviar una declaración por escrito firmada en la que describa sus ingresos.

A efectos de determinar la elegibilidad para la asistencia financiera, la documentación relativa a los ingresos se limitará a lo siguiente:

- o Recibos de nómina recientes de los integrantes del hogar de los 6 meses anteriores o posteriores a la primera facturación al paciente (o en el momento de presentar la solicitud) o bien
- o Copia de la declaración de la renta federal (formulario 1040) del paciente y su cónyuge o pareja de hecho del año en que se facturó por primera vez al paciente o de los 12 meses anteriores a la fecha en que se facturó por primera vez al paciente

Si lo desea, puede presentar otros tipos de comprobantes de ingresos, pero Adventist Health no exige ningún comprobante adicional. Por ejemplo, si no dispone de comprobantes de ingresos o no tiene ingresos, puede adjuntar una página adicional con una explicación.

RESPONSABILIDAD DE TERCEROS

¿Existe algún tercero responsable de pagar sus servicios? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, identifique al tercero: _____

INFORMACIÓN SOBRE GASTOS (opcional)

Utilizamos esta información para obtener una visión más completa de su situación financiera.

Gastos mensuales del hogar:

Alquiler/hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas de seguro	\$ _____	Servicios públicos	\$ _____
Otras deudas/gastos	\$ _____	(pensión alimenticia, préstamos, medicamentos, otros)	

INFORMACIÓN ADICIONAL (opcional)

Adjunte una página adicional si hay alguna otra información sobre su situación financiera actual que desee comunicarnos, como dificultades económicas, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o alguna pérdida personal.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Adventist Health puede verificar la información consultando el historial crediticio y recabando datos de otras fuentes con el objetivo de ayudar a determinar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera o planes de pago.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si se comprueba que la información financiera proporcionada es falsa, ello podría dar lugar a la denegación de la asistencia financiera, y que yo podría ser responsable del pago de los servicios prestados y tener que abonarlos.

Firma del solicitante

Fecha

CÓMO PRESENTAR LA SOLICITUD

Si tiene alguna pregunta, llame al (888) 233-7868.

Envíe el formulario completo por correo a:

Adventist Health
Attn: CFAC
PO Box 223849, Dallas, TX 7522-3849

O

Envíe el formulario completo por correo electrónico a:

CFAC@coniferhealth.com