



Las exclusiones incluyen, entre otras, las siguientes: *Los procedimientos cosméticos y bariátricos, la reversión de la esterilización, las disfunciones eréctiles, las cuentas que indiquen la participación de terceros o las cuentas que hayan pasado 240 días o más de la primera fecha de declaración del hospital no se considerarán para la asistencia financiera.*

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA O DE UNA INDIGENCIA MÉDICA

Le agradecemos que haya solicitado información sobre nuestro programa de asistencia financiera, que presta asistencia únicamente para servicios de Roper Hospital, Bon Secours St. Francis Hospital, Mount Pleasant Hospital, Roper Berkeley y los socios médicos de Roper St. Francis. Para que se pueda considerar su solicitud, debe cumplir con las siguientes instrucciones.

**Todos los solicitantes de 18 años o más deben firmar su solicitud.
De lo contrario, se requerirá un poder notarial.**

ENVÍE COPIAS SOLAMENTE DE TODA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN SI CORRESPONDE A LOS **INGRESOS FAMILIARES**

Nota: El ingreso familiar incluye al paciente y al cónyuge (si está casado)

Enviar prueba de activos:

Envíe copias de sus últimos meses de estados de cuenta bancaria para todas las cuentas (el estado de cuenta completo, no el historial de transacciones)

Envíe prueba de los ingresos que correspondan a su hogar; (se enumeran ejemplos a continuación)

- Carta actual de beneficios del Seguro Social
- Talones de pago actuales: 12 semanas
- Pensión alimenticia y fideicomiso
- Anualidades, pensiones, beneficios de jubilación
- Ingresos por discapacidad
- Ingresos por indemnización de los trabajadores
- Beneficios de desempleo
- Cuotas por préstamos estudiantiles
- Ingresos no informados
- Declaración impositiva más reciente para el empleo independiente

Si visita los EE. UU. proveniente de otro país, envíe una constancia de visa de turismo, de trabajo o de estudio actual (tarjeta verde), o pasaporte.

Entregue la solicitud totalmente completa y firmada con la documentación requerida a Servicios Financieros para Pacientes:

Correo postal a: Roper St. Francis Mount Pleasant Hospital
PO Box 602441
Charlotte, NC 28260-2441

Fax: 843-402-2036

Correo electrónico: RSFFinancialAssistance@rsfh.com

No proporcionar la información solicitada puede dar lugar a demoras y, posiblemente, a una denegación.

Si tiene dificultades para completar el formulario adjunto o si tiene preguntas, comuníquese al 888-888-7010 o al 843-402-5200, opción 3, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Haremos todo lo posible para procesar la solicitud dentro de los 30 días desde la recepción y le notificaremos por escrito el resultado de su solicitud de asistencia financiera.

Si no se recibe esta información, el (los) saldo(s) de la cuenta seguirá(n) facturándose a la parte responsable

Nombre:		Número de cuenta:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Teléfono:		N.º de Seguro Social:	

INFORMACIÓN DEL HOGAR: Enumere todos los miembros del hogar, incluidos el paciente, el cónyuge y cualquier hijo biológico/legalmente adoptado menor de 18 años

Nombre y apellido	Relación con el paciente	Edad/Fecha de nacimiento	Ingresos brutos totales en los 3 meses previos a la fecha del servicio	Ingresos brutos totales en los 12 meses previos a la fecha del servicio
	Usted mismo			

Si no tiene ingresos, ¿cómo se mantiene?

¿Tenía seguro médico en la fecha del servicio? No Sí (proporcione una copia de la tarjeta con la solicitud)

¿Alguien en su hogar tiene una cuenta corriente o de ahorros? No Sí (Valor _____)

¿Alguien en su hogar tiene otros activos? No Sí (Tipo/valor: _____)

Para los **ingresos/activos** enumerados anteriormente, debe proporcionar lo siguiente para cada miembro del hogar:

- Empleo: talones de pago que muestren los ingresos brutos durante 3 o 12 meses antes de la fecha de autoservicio
- Empleo independiente: formularios de impuestos completos de la presentación más reciente, incluido el Anexo C
- Seguro Social/pensión/discapacidad: carta de beneficios más reciente
- Otro: prueba de cualquier otro ingreso (beneficios de desempleo, dividendos, intereses, ingresos de alquiler, etc.)
- Cuenta corriente/de ahorros: estado de cuenta actual de 30 días para cada cuenta

Al firmar este documento:

Afirmo que todas las respuestas de esta solicitud son verdaderas. En caso de que una revisión posterior revele que cualquier información proporcionada fue fraudulenta, la decisión de proporcionar asistencia financiera puede revertirse y se le facturará a la parte responsable.

Comprendo que la información que envío está sujeta a la verificación y revisión por parte de organismos federales y/o estatales y otros, según sea necesario.

Firma del paciente _____ **Fecha:** _____