

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

FECHA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS: _____

NÚMERO DE CUENTA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE O SOLICITANTE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ ESTADO CIVIL: _____ N.º de Seguro Social: _____

LA SIGUIENTE TABLA DEBE COMPLETARSE PARA LA CONSIDERACIÓN DE LA ASISTENCIA FINANCIERA. TENGA EN CUENTA QUE LOS PACIENTES NO ASEGURADOS DEBEN PARTICIPAR CON NUESTRO PROVEEDOR DE ELEGIBILIDAD DE SEGUROS ANTES DE RECIBIR ASISTENCIA.

(Enumere el cónyuge y los hijos dependientes menores de 18 años que viven en el hogar y sus fechas de nacimiento)

NOMBRE	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	INGRESOS BRUTOS TOTALES EN LOS 3 MESES PREVIOS A LA FECHA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	INGRESOS BRUTOS TOTALES EN LOS 3 MESES PREVIOS A LA FECHA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	FUENTE DE INGRESOS NOMBRE DEL EMPLEADOR (INDIQUE SI ES UN ESTUDIANTE UNIVERSITARIO)
	USTED MISMO				

1. SI DECLARÓ INGRESOS TOTALES NULOS, ¿CÓMO SE MANTIENE? _____
2. ¿EN QUÉ ESTADO RESIDÍA EN EL MOMENTO DE SU VISITA? _____
3. ¿HA SOLICITADO MEDICAID O ASISTENCIA O CUALQUIER OTRA ASISTENCIA QUE BRINDE EL CONDADO? NO SÍ
(FECHA/ESTADO _____)
4. ¿TENÍA SEGURO MÉDICO EN LA FECHA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? NO SÍ (PROPORCIONE UNA COPIA DE ESTA TARJETA CON ESTA SOLICITUD)
5. ¿LA FECHA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ESTABA RELACIONADA CON UN ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL? NO SÍ (NOMBRE DEL SEGURO/N.º DE RECLAMACIÓN _____)
6. ¿ALGUIEN EN SU HOGAR TIENE UNA CUENTA CORRIENTE O DE AHORROS? NO SÍ (VALOR _____)
7. ¿ALGUIEN EN SU HOGAR TIENE OTROS ACTIVOS? NO SÍ (TIPO/VALOR _____)
8. ¿ES PROPIETARIO DE UNA CASA O LA ALQUILA? PROPIO ALQUILER OTRO (_____)

PARA LOS INGRESOS ENUMERADOS ANTERIORMENTE, DEBE PROPORCIONAR LO SIGUIENTE PARA CADA MIEMBRO DEL HOGAR:

(marque los elementos recibidos)

- EMPLEO = INGRESOS A LOS 3 O 12 MESES TRABAJADOR AUTÓNOMO = FORMULARIOS DE IMPUESTOS COMPLETOS, INCLUIDO EL ANEXO C
- DESEMPLEO = CARTA DE PRESTACIONES PENSIÓN ALIMENTICIA = DOCUMENTO ORDENADO POR UN TRIBUNAL
- SEGURIDAD SOCIAL = CARTA DE PRESTACIONES OTRO = PRUEBA DE CUALQUIER OTRO INGRESO COMO DIVIDENDOS, INTERESES, INGRESOS POR ALQUILER
- PENSIÓN O DISCAPACIDAD = CARTA DE PRESTACIONES CUENTA DE AHORROS/CUENTA CORRIENTE = EXTRACTO ACTUAL DE 30 DÍAS PARA CADA CUENTA

CERTIFICACIÓN: AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, AFIRMO QUE LAS RESPUESTAS DE ESTA SOLICITUD SON VERDADERAS. EN CASO DE QUE UNA REVISIÓN POSTERIOR DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE UNA PERSONA REVELE QUE CUALQUIER INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR ESTA FUE INCORRECTA O FRAUDULENTE, 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 POR PARTE DE MI PROVEEDOR HOSPITALARIO, INCLUIDAS LAS AGENCIAS DE INFORMES DE CRÉDITO Y SUJETA A LA REVISIÓN POR PARTE DE ORGANISMOS FEDERALES Y/O ESTATALES Y OTROS, SEGÚN SEA NECESARIO.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE: _____ PARENTESCO: _____ FECHA: _____

(SI NO ES EL PACIENTE)

ENVIAR POR CORREO POSTAL/CORREO ELECTRÓNICO LA SOLICITUD Y LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA A:

Roper St. Francis Mount Pleasant Hospital, P.O. Box 602441, Charlotte, NC 28260-2441

RSFFinancialAssistance@rsfh.com

Última revisión: 03/2023