



Las exclusiones incluyen, pero no se limitan a: Los procedimientos cosméticos, 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 del estado de cuenta del hospital no se considerarán para la asistencia financiera.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA O INDIGENCIA MÉDICA

Gracias por solicitar información sobre nuestro programa de Asistencia Financiera, que proporcionaría asistencia solo para Roper Hospital, Bon Secours St. Francis Hospital, Mount Pleasant Hospital, Roper Berkeley, Roper St. Francis Ancillary Services (Servicios auxiliares) y Roper St. Francis Physician Partners. Debe completar las instrucciones a continuación para que su solicitud sea considerada.

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

**POR FAVOR, ENVÍE COPIAS SOLO DE TODA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN SI CORRESPONDE A LOS
INGRESOS DE SU HOGAR**

Nota: Los ingresos del hogar incluyen al paciente y al cónyuge (si están casados)

Enviar comprobante de bienes:

- Envíe copias de sus estados de cuenta bancarios de los meses más recientes para todas las cuentas (estado de cuenta completo, no el historial de transacciones)

Envíe un comprobante de ingresos que corresponda a su hogar; (se brindan ejemplos a continuación)

- Carta de Beneficios Actuales del Seguro Social
- Talones de pago actuales: 12 semanas
- Pensión alimenticia y fideicomiso
- Anualidades, pensiones, beneficios de jubilación
- Ingresos por discapacidad
- Ingresos de Compensación para Trabajadores
- Beneficios por desempleo
- Desembolsos de préstamos estudiantiles
- Ingresos no declarados
- Declaración de impuestos más reciente para el trabajo por cuenta propia

Si visita los EE. UU. desde otro país, envíe un comprobante de visa de turista, de trabajo o de estudiante actual (tarjeta verde) o del pasaporte.

Envíe de vuelta la solicitud totalmente completada y firmada con la documentación requerida a Patient Financial Services:

Enviar por correo a:

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

Fax: 843-402-2036

Correo electrónico: Roperfinancialassistance@ensemblehp.com

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

Si tiene dificultades para completar el formulario adjunto o para obtener ayuda con una fecha de servicio antes del 1 de agosto de 2022, llame al (888) 472-0042. Para obtener ayuda con una fecha de servicio a partir del 1 de agosto de 2022, llame al (888) 472-0043, 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 posteriores a la recepción y le notificaremos por escrito el resultado de su solicitud de asistencia financiera.

Si no se recibe esta información, los saldos de la cuenta seguirán siendo facturables a la parte responsable.

Nombre:		Número de cuenta:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		

INFORMACIÓN DEL HOGAR: Enumere a 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 anteriores a la fecha del servicio	Ingresos brutos totales en los 12 meses anteriores a la fecha del servicio
	Paciente mismo			

Si no tiene ingresos, ¿cómo se está manteniendo?

¿Tenía seguro médico en la fecha en que recibió el 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 bienes? No Sí (Tipo/Valor: _____)

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

- Empleo = recibos de pago que muestren los ingresos brutos durante 3 o 12 meses antes de la fecha de servicio
- Trabajo por cuenta propia = Completar los formularios de impuestos de la presentación más reciente, incluido el Anexo C
- Seguro Social/Pensión/Discapacidad = Carta de beneficios más reciente
- Otro = Comprobante de cualquier otro ingreso (beneficios por desempleo, dividendos, intereses, ingresos por 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 la información proporcionada era fraudulenta, la decisión de proporcionar asistencia financiera puede ser revocada y se facturará a la parte responsable.

Entiendo que la información que envió está sujeta a verificación y revisión por parte de organismos federales y/o estatales y otros según se requiera.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____