

Logo del Proveedor de Servicios de Salud

Fecha:

Querido solicitante:



Puede obtener ayuda económica de _____ y otras organizaciones de servicios de salud.

La Red de Acceso a la Salud de NH es un grupo de hospitales, médicos y otros profesionales sanitarios de New Hampshire que colaboran juntos para ayudar a niños y adultos que no pueden costearse los servicios sanitarios que necesitan.

La Red de Acceso a la Salud de NH es para personas que tienen seguro médico. Para obtener ayuda a través de la Red de Acceso a la Salud de NH con los gastos sanitarios su seguro médico tiene que estar activo y aceptado por la red del proveedor. (El programa Medicaid Spend-Down no es un seguro, así que las personas que tengan este tipo de seguro no pueden beneficiarse de la Red de Acceso a la Salud de NH). Si no tiene seguro médico, puede obtener ayuda económica de su proveedor. Para más información, por favor llame a un asesor económico al (teléfono y dirección).

Para averiguar si su familia cumple con los requisitos de la Red de Acceso a la Salud de NH (para aquéllos que tienen seguro médico) o para obtener ayuda económica de su proveedor, debe proporcionarnos prueba de ingresos. Por favor, llene la solicitud adjunta y fírmela. Después mande la solicitud y una copia de cada uno de los siguientes documentos de su familia:

| Documentación | Adjunta | No hace falta |
|---|---------|---------------|
| Copia completa de su declaración de impuestos federales más recientes | | |
| Los formularios W-2 del año pasado | | |
| Copias de los tres (3) talones de sueldo consecutivos más recientes, o una declaración del empleador | | |
| Copias de los tres (3) estados de cuenta bancarios más recientes (por ej. cuenta de ahorros, cuenta corriente, mercado monetario, cuenta de retiro individual (IRA), 401K, etc.) TODAS LAS PÁGINAS | | |
| Copias de las declaraciones de beneficios por desempleo o compensaciones por incapacidad | | |
| Copias de los talones de prestaciones de pensiones | | |
| Copias de los ingresos de seguridad social (declaraciones de beneficios anuales, copia o del cheque o depósito directo) | | |
| Copia de su asignación de cupones de alimentos | | |
| Copias de los avisos de ayuda del gobierno (inclusive del Departamento de o Salud y Servicios Humanos y carta de Medicaid Spend Down) | | |

Por favor use ésta lista de control para asegurarse de que tenemos toda la información que necesitamos para procesar su solicitud de forma rápida y correcta. Podemos pedirle información adicional sobre la evaluación de su crédito y su declaración de impuestos. La información que proporcione será confidencial.

Usted continuará teniendo la responsabilidad económica de todos los servicios que recibe hasta que sepamos si cumple los requisitos para obtener ayuda. Si no recibe noticias nuestras 30 días después de haber devuelto su solicitud, o si necesita ayuda para comprenderla, por favor llame al _____ al _____

Atentamente,

Devuelva la solicitud y los documentos solicitados al hospital que desee

Fecha: 12/2003; 7/28/2015

Solicitud de Ayuda Económica

1. Información del paciente:

| | | | | | |
|-------------------------|-----------------------------|------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <i>Apellido</i> | <i>Nombre</i> | <i>Segunda Inicial</i> | | | |
| | | | <i>Número de Seguro Social</i> | <i>Fecha de nacimiento</i> | |
| <i>Calle</i> | <i>Ciudad</i> | | <i>Estado</i> | <i>Código Postal</i> | <i>Tiempo viviendo aquí</i> |
| <i>Dirección postal</i> | <i>Ciudad</i> | | <i>Estado</i> | <i>Código postal</i> | |
| <i>Teléfono de casa</i> | <i>Teléfono del trabajo</i> | | Soltero | Casado | Juntado |
| | | | Separado | Divorciado | Viudo |
| | | | Ciudadano USA Residente en NH | | |

2. Persona responsable de pagar la factura

| | | | | |
|--|---------------|------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| <i>Apellido</i> | <i>Nombre</i> | <i>Segunda Inicial</i> | <i>Relación con el paciente</i> | <i>Nº Seguro Social</i> |
| <i>Dirección si es diferente del solicitante</i> | | | <i>Teléfono de casa</i> | <i>Teléfono del trabajo</i> |
| Nombre del seguro de salud | | | Fecha efectivo | |

3. ** POR FAVOR indique TODAS las personas que viven el hogar, incluyendo el solicitante. Utilice más papel si es necesario

| <i>Nombre</i> | <i>Relación con el paciente</i> | <i>Fecha de nacimiento</i> | <i>Nº Seguro Social</i> | <i>Solicita Sí/No</i> |
|-----------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------|-----------------------|
| 1. usted | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

Ahorros e inversiones:

Cuentas de cheques: \$ _____ \$ _____ \$ _____

Cuenta de ahorros y

certificados de depósito IRA, 403B, 401K:

Especifique: _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____

Otros ahorros e inversiones / Especifique:

_____ \$ _____ \$ _____ \$ _____

Otros:

Automóvil ¿Año, marca y modelo? \$ _____ \$ _____ \$ _____

Vehículo para recreación ¿Año, marca y modelo?: \$ _____ \$ _____ \$ _____

14. GASTOS DE LA CASA

Pago de renta mensual o Pago de hipoteca _____ Saldo de préstamo hipotecario _____

Valor del impuesto inmobiliario no incluido en el ítem anterior _____ Valor de la casa _____

¿Es propietario de otro inmueble además de la casa donde vive? Sí ____ No ____ Si respondió sí, ¿cuál es su valor? _____

Si tiene otra propiedad es un negocio, ponga la dirección: _____

Pago mensual del préstamo: _____ Pagado a _____ En concepto de _____

¿Cuál es el total extraído de su cheque de seguro social para Medicare parte D? Sí ____ No ____ ¿Cantidad? \$ _____

Servicios públicos (agua, electricidad) _____ Seguro (Automóvil/Vida/Propiedad) _____ Otros _____

Pensión alimentaria/ de hijos _____ Seguro médico _____ Otros _____

Cuidado de los niños _____ Cuentas de servicios médicos _____ Otros _____

Gastos diarios (gasolina, comida, ropa) _____ Medicamentos _____ Otros _____

15. CESIÓN DE DERECHOS Lea detenidamente

Con mi firma a continuación autorizo a que se solicite un informe de mi evaluación de créditos y mi declaración de impuestos sobre los ingresos. Comprendo que la declaración de impuestos sobre los ingresos es necesaria para procesar esta solicitud y que es posible que necesiten más información antes de determinar si reúno las condiciones para recibir este beneficio.

Comprendo que toda información incorrecta, incompleta o falsa que haya proporcionado sobre ingresos, bienes cancelará cualquier acuerdo para recibir descuentos y tendré la responsabilidad de pagar todas las facturas médicas completas. Puedo ser responsable de las facturas legales y de cobro de morosos.

Todos los adultos integrantes del núcleo familiar que firman a continuación autorizan la divulgación de información médica, económica o laboral que guarde relación directa con las condiciones requeridas para recibir cuidados médicos o asistencia económica. Dicha información puede ser divulgada a los profesionales sanitarios de quienes los integrantes del núcleo familiar han requerido servicios médicos o ayuda económica. Toda la información proporcionada tendrá carácter confidencial según lo estipulado por las reglamentaciones federales de HIPAA.

Acepto rembolsar el monto total de la ayuda económica si recibo un pago de cualquier tipo por los servicios médicos cubiertos por esta solicitud, como por ejemplo pagos de seguros, pagos de programas de gobierno, montos asignados por un juicio y cualquier otro pago.

Si recibo ayuda económica, acepto que en primer término deberé notificar a la organización ante la cual presenté la solicitud de cualquier cambio que pueda afectar el cumplimiento de los requisitos, incluidos los cambios en el tamaño del grupo familiar, ingresos y seguro de cobertura médica. Comprendo que si mi/nuestra situación médica cambia de tal modo que pueda/podamos cumplir los requisitos para un programa de asistencia pública, deberé solicitar ese programa y presentar prueba de esa solicitud.

Firma del solicitante Fecha

Firma del co-solicitante Fecha