Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MRN (si se sabe):

 Nombre Segundo Nombre Apellido

Número de seguro social: Fecha de nacimiento:

Número de teléfono celular: Otro teléfono:

Dirección:

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal:

¿El solicitante (de arriba) es el garante? ❒ Sí ❒ No Si no, Nombre del garante:

Dirección del garante:

|  |
| --- |
| **Miembros de su hogar** |
| **Nombre del miembro del hogar** | **Parentesco** | **¿Está solicitando?** | **Fecha de nacimiento** | **Número de seguro social** |
|  |  | ❒ Sí ❒ No |  |  |
|  |  | ❒ Sí ❒ No |  |  |
|  |  | ❒ Sí ❒ No |  |  |
|  |  | ❒ Sí ❒ No |  |  |
|  |  | ❒ Sí ❒ No |  |  |
|  |  | ❒ Sí ❒ No |  |  |

|  |
| --- |
| **Ingresos devengados:** *Ingresos como salario, honorarios, trabajador independiente* |
| **Nombre del miembro del hogar** | **Empresa** | **Monto** | **Periodo** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Para uso de la oficina: Ingresos brutos devengados en el hogar – Totales: Mensuales - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anuales - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

|  |
| --- |
| **Ingresos no devengados:** *Ingresos como pagos del Seguro Social, por desempleo, discapacidad, compensación de trabajadores, pensión alimenticia, manutención de menores, dividendos e intereses, rentas, otros.* |
| **Nombre del miembro del hogar** | **Tipo de ingresos no devengados** | **Monto** | **Periodo** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Para uso de la oficina: Ingresos brutos no devengados en el hogar – Totales: Mensuales - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anuales - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

¿Alguien de su hogar ya está inscrito en Medicaid o Medicare? ❒ Sí ❒ No

¿Alguien de su hogar está cubierto actualmente por un plan de seguros privado, de su empresa o de otro tipo? ❒ Sí ❒ No

Declaro que la información anterior es verdadera, completa y correcta a mi leal saber y entender.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA DEL CÓNYUGE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL GARANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Si no es el paciente)*  (Letra de molde) (Parentesco con el paciente)

Si ha recibido una o más facturas del hospital, marque aquí: ❒

Si conoce los números de cuenta relacionados con las consultas, anótelos aquí:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha del servicio | Número de cuenta | Fecha del servicio | Número de cuenta | Fecha del servicio | Número de cuenta | Fecha del servicio | Número de cuenta |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**No tiene que pagar nada al hospital hasta que no le mande una carta con su decisión acerca de su solicitud.**

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame a Lisa Gasparro al (315) 255-7210.**

**Envíe el formulario respondido y los anexos (copia de identificación con foto\*, comprobante de domicilio\*, documentos indicados anteriormente) a:**

**ACH Financial Services**

**Dept. Auburn Community**

**Hospital 17 Lansing Street**

**Auburn, NY 13021**

**Si tiene alguna inquietud respecto de este proceso de asistencia financiera, comuníquese con nuestra Defensoría del paciente,**

**Christine DeProspero al (315) 255-7166 de lunes a viernes de las 7 am a las 3 pm.**

*\* ejemplos de documentos*

Comprobante de domicilio:

* Factura del hospital
* Otras facturas enviadas a su domicilio (p.ej., de teléfono, de luz)
* Estados de cuenta bancarios

Comprobante de identidad (ciudadanía estadounidense):

* Licencia de conducir
* Pasaporte (estadounidense o extranjero)
* Tarjeta de identificación con fotografía emitida por el estado o gobierno
* Si se necesita el certificado de nacimiento, este debe venir acompañado de una identificación con fotografía.

Comprobante de ingresos:

* Talones de pago (2 quincenales o 4 semanales)
* Estados de cuenta bancarios
* Declaración de ganancias y pérdidas (trabajador independiente)
* Carta de pagos de asistencia del Seguro Social o de otros
* Carta de beneficios por desempleo
* Declaración o carta de compensación de trabajadores

Comprobante de residencia para no ciudadanos de EUA

* Tarjeta verde
* Tarjeta de residente permanente
* Otro documento de residencia emitido por el gobierno federal, sujeto a aprobación