

Solicitud de asistencia financiera

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: <i>Ingresos como salario, honorarios, trabajador independiente</i>			
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: <i>Ingresos como pagos del Seguro Social, por desempleo, discapacidad, compensación de trabajadores, pensión alimenticia, manutención de menores, dividendos e intereses, rentas, otros.</i>			
Nombre del miembro del hogar	Tipo de ingresos no devengados	Monto	Periodo



AUBURN
COMMUNITY
HOSPITAL

We Specialize in You

Solicitud de asistencia financiera

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:

Solicitud de asistencia financiera

- 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