

Estimado paciente,

Adjunta encontrará la Solicitud del Programa de asistencia financiera de INTEGRIS Community Hospital. Completar el formulario nos permitirá considerar la necesidad de asistencia financiera para sus facturas médicas. Las solicitudes deben presentarse nuevamente cada seis meses y deben incluir el ingreso total del hogar y el número total de personas que residen en el hogar.

Para proteger su derecho a la privacidad, todos los documentos recibidos se tratarán como información confidencial y, excepto con fines de verificación, NO se compartirán con nadie fuera de INTEGRIS Community Hospital.

Complete todos los puntos del formulario. Si necesita espacio adicional para cualquier explicación, utilice el reverso de la solicitud. Es posible que se pida un informe de crédito para verificar la información proporcionada. **No se aceptarán documentos fotografiados.** Toda la documentación proporcionada pasará a ser propiedad de INTEGRIS Community Hospital y no se le podrá devolver.

Copias de todos los puntos enumerados a continuación que son aplicables a usted deben proporcionarse para que se pueda tomar una determinación de asistencia. No se aceptan impuestos preparados por usted mismo.

- Copia completa de la transcripción fiscal del año anterior. *(No incluya formularios W-2 ni talones de pago)*
 - o (Llame al 1-800-908-9946 para obtener su transcripción oficial del IRS).
- Carta de adjudicación del Seguro Social. *(Incluya pruebas de los ingresos del cónyuge, si corresponde).*
- Declaración de discapacidad del médico que incluya una discapacidad permanente con documentación.
- Trabajadores por cuenta propia: Copia de la declaración de impuestos federal sobre la renta personal más reciente y una declaración de pérdidas y ganancias actual, incluidos todos los anexos que correspondan.
- No declarantes: Proporcione la carta de verificación de no declarante del IRS.
- Cualquier otra documentación, según se solicite, para procesar su solicitud.

Es importante que complete esta solicitud una vez recibida y la devuelva en un plazo de 15 días. La solicitud será revisada dentro de los **30** días posteriores a la recepción y se le notificará por carta de una decisión tomada dentro de **60** días.

Si tiene alguna dificultad para completar esta solicitud o tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra oficina al (877) 516-0911, Option 1. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Agradecemos su colaboración.

Atentamente,

INTEGRIS Community Hospital Customer Service Department

Solicitud de asistencia financiera

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:			SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	EDAD	NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO:	
FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE		¿ES CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿HA SOLICITADO ASISTENCIA PARA CUBRIR LOS GASTOS MÉDICOS (MEDICAID)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="checkbox"/> / CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> / VIUDO <input type="checkbox"/>	
INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE	PACIENTE			CÓNYUGE o GARANTE (para pacientes menores)		
	NOMBRE			NOMBRE		
	DIRECCIÓN			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	NÚMERO DE TELÉFONO () ()		TELÉFONO CELULAR () ()	NÚMERO DE TELÉFONO () ()		TELÉFONO CELULAR () ()
	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		
	EMPLEADOR			EMPLEADOR		
	SI ESTÁ DESEMPLEADO, ÚLTIMA FECHA EN LA QUE TRABAJÓ			SI ESTÁ DESEMPLEADO, ÚLTIMA FECHA EN LA QUE TRABAJÓ		
	FECHA EN QUE RECIBIÓ EL ÚLTIMO CHEQUE:			FECHA EN QUE RECIBIÓ EL ÚLTIMO CHEQUE:		
INFORMACIÓN FAMILIAR	MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE VIVEN EN LA CASA					
	NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
INGRESOS DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA	Escriba los totales mensuales	PACIENTE \$	CÓNYUGE \$	DEPENDIENTES \$	ASISTENCIA PÚBLICA \$	
		SEGURO SOCIAL \$	DESEMPLEO \$	PENSIÓN/RETIRO \$	CUENTA DE CHEQUES/AHORRO \$	
		DISCAPACIDAD \$	ACCIONES/BONOS \$	DIVIDENDOS/INTERÉS \$	FONDOS MUTUOS/FONDOS DEL MERCADO MONETARIO \$	
		INDEMNIZACIÓN LABORAL \$	TRABAJO INDEPENDIENTE- ADJUNTAR PROGRAMA C \$		INGRESOS MENSUALES TOTALES: \$	

Entiendo que INTEGRIS Community Hospital puede verificar la información financiera contenida en esta solicitud en relación con la evaluación de la misma, y por la presente autorizo a contactar a mi empleador para certificar la información proporcionada y solicitar a las agencias los informes crediticios. Soy consciente de que esta información se utilizará para determinar mi elegibilidad para la asistencia financiera y falsificaciones. La información en esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender. **Esta solicitud debe completarse para determinar la elegibilidad. Las solicitudes incompletas pueden retrasarse o rechazarse.** Además, entiendo que cualquier reembolso de gastos médicos que reciba en relación con esta solicitud debe enviarse a INTEGRIS Community Hospital.

Firma de la persona que hace la solicitud

Fecha

Firma de la persona que hace la solicitud, si no es el paciente

Fecha