

Solicitud de Asistencia Financiera

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Se debe responder a todas las preguntas

Fecha de servicio (pasado o futuro): _____ Centro: _____
 Nombre completo del paciente: _____ Número de Seguro Social: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Dirección Física: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Dirección de correo postal: _____ Número de historia clínica: _____
 Número de Teléfono: _____ Nombre de la persona que completa la solicitud: _____
 Relación con el paciente: _____

Nombre legal de cada uno de los miembros del hogar, incluido usted mismo (garante)

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Edad	Relación	Ocupación	Número de Seguro social	Ingresos anuales
						\$
						\$
						\$
						\$
TOTAL						\$

Fuente de ingresos (si es cero, indique cero en la casilla)

Ingresos	\$
Seguridad Social	\$
Otros ingresos/pensión Alimenticia/ Inversiones/Retiro	\$
Ingresos Totales	\$
Saldo del 401K	\$
Importe de la hipoteca	\$
Precio del alquiler	\$
Saldo de la cuenta de ahorros	\$
Cambio de la verificación de la atención médica	
Si no tiene ingresos, ¿cómo se mantiene a sí mismo?	Describalo a continuación:

Otras preguntas sobre la cobertura

¿El paciente tiene seguro médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Están tratando al paciente por lesiones que estén cubiertas por responsabilidad de terceros, como por ejemplo, una compañía de seguros de automóviles o Compensación laboral?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente tiene Medicaid? – En caso afirmativo, vaya a la página 2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente ha solicitado Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está usted en el programa de Seguridad Social por incapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene más de 65 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene 19 años o menos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted la custodia de su/s hijo/s y está desempleado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Solicitud de Asistencia Financiera

Declaración: Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y precisa a mi saber y entender. Entiendo que la información que envío está sujeta a verificación, incluida la puntuación de la agencia de crédito, y sujeta a revisión por parte de las agencias federales y/o estatales y otras según sea necesario. Autorizo a mi empleador a entregar a Piedmont Healthcare la prueba de mis ingresos. Entiendo que si alguna información que he dado resulta ser falsa, Piedmont Healthcare reevaluará mi estado financiero y tomará las medidas que sean apropiadas.

Además, acepto presentar una solicitud para cualquier asistencia (es decir, Medicare, Medicaid, ayuda estatal (para el cáncer), rehabilitación vocacional, seguro, etc.) que pueda estar disponible para el pago de los cargos de mi cuenta de Piedmont Healthcare. Cooperaré plenamente con Change Healthcare, el procesador de elegibilidad de Medicaid de Piedmont Healthcare, para tomar las medidas que se consideren necesarias para obtener dicha asistencia y asignaré o pagaré a Piedmont Healthcare el monto recuperado por los cargos de Piedmont Healthcare. **La falta de cooperación con el proveedor de elegibilidad de Medicaid de Piedmont Healthcare resultará en la denegación inmediata de la ayuda financiera.** Se precisa una Solicitud completa del Programa de asistencia financiera por garante.

Firma del solicitante	Nombre del solicitante (en letra de imprenta)	Fecha	Hora
Firma del testigo	Nombre del testigo (en letra de imprenta)	Fecha	Hora

Para poder procesar su solicitud, se requiere una documentación que la apoye. Si no proporciona esta información, su solicitud podría ser denegada y podría no tener la opción de apelar la decisión de denegación. Puede comunicarse con el Departamento de Ayuda Financiera si tiene preguntas o si necesita ayuda para completar la solicitud en:

A continuación enumeramos la documentación que ha de aportar:

- Formas aceptables de identificación con fotografía (solo identificaciones gubernamentales):
 - Licencia de conducir válida emitida por el estado (se permiten documentos inválidos o vencidos bajo ciertas circunstancias)
 - Tarjeta de identificación estatal
 - Pasaporte
 - Identificación militar
 - Cualquier identificación con fotografía consular o escolar
 - Visa o Tarjeta de extranjero Residente (si aplica)
 - No es aceptable: tarjeta de Costco, *Selfie* o foto de Navidad/ día festivo
- Prueba de residencia: los documentos de prueba de residencia no deben tener más de 30 días de antigüedad y deben estar a nombre del paciente. Formas que se aceptan:
 - Contrato de arrendamiento: se puede usar si aún es válido y todos los demás documentos contienen la misma dirección
 - Carta de cupones de alimentos
 - Facturas de servicios públicos - con dirección física
 - Otros documentos comerciales que verifiquen su lugar de residencia, como extractos de tarjetas de crédito, IRS, cartas de Medicaid, cartas de estudiantes de una escuela, extractos bancarios, extractos de hipotecas

• Nota: un apartado de correos no demuestra una residencia.
- Prueba de ingresos
 - Si está empleado: Documentos requeridos: los tres talones del cheque de la nómina más recientes (paciente y cónyuge/pareja)
 -
 - Si está desempleado: Documentos requeridos – Solicitud de desempleo o carta de adjudicación de desempleo, y copia de los estados de cuenta bancarios de los tres meses más recientes de la cuenta corriente y de ahorros: todas las cuentas
 -
 - Si trabaja por cuenta propia: Documentos requeridos: copia de los estados de cuenta bancarios de los tres meses más recientes de la cuentas corrientes/ahorros personales y de negocios (paciente y cónyuge/pareja): todas las cuentas
 -
 - Si está jubilado: Documentos requeridos: carta del SSN (si corresponde) y copias de los estados de cuenta bancarios de los tres meses más recientes, de cuentas corrientes/de ahorro personales y de negocios (paciente y cónyuge/pareja): todas las cuentas
 - Carta del SSN de Medicare - WWW.SSA.gov/myaccount
- Y – los siguientes documentos se utilizan para verificar la información y NO reemplazan los enumerados en la lista anterior.
 - Cualquier carta de decisión que indique que el paciente está recibiendo compensación por desempleo, Medicaid, discapacidad del Seguro Social, Asistencia General, etc.
 - Carta de cupones de alimentos
 - Verificación de que no tiene vivienda o una carta que acredite que vive en un refugio, ha de tener un membrete de la empresa
 - Otros documentos comerciales que muestren cómo se está asistiendo al paciente económicamente.
- Prueba del número de dependientes
 - Declaración firmada de impuestos sobre la renta de años anteriores: solo se necesita si tiene personas a cargo
 - Cualquier carta que indique que el paciente tiene responsabilidad legal por un menor, como documentos de tutela dictados por un tribunal o documentos de custodia