

# Solicitud de Asistencia Financiera

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

## TODOS LOS CAMPOS DEBEN COMPLETARSE

Fecha de servicio (pasada o futura): \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección física: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Número de Expediente Médico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre de la persona que completa la solicitud: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

### Miembros del hogar por nombre legal, incluyéndole a usted (garante)

Nombre (apellido, nombre y segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Edad	Relación	Ocupación	Número de Seguridad Social	Ingresos Anuales
						\$
						\$
						\$
						\$
<b>TOTAL</b>						\$

### Fuentes de ingresos (si es cero, indique cero en el cuadro)

Renta	\$
Seguridad social	\$
Otros Ingresos/Pensión Alimenticia/ Inversiones/Jubilación	\$
<b>Ingresos totales</b>	\$
Monto del alquiler	\$
Monto de la hipoteca	\$
Saldo de 401K/IRA	\$
Saldo de la cuenta de ahorros	\$
Verificación de proveedores de Medicaid	
Si no tiene ingresos, ¿cómo se mantiene?	Describa a continuación:

### Otras preguntas sobre la cobertura

¿El paciente tiene seguro médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente está siendo tratado por lesiones cubiertas por responsabilidad civil de terceros, como una compañía de seguros de automóviles o Compensación para Trabajadores?	<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 Seguro Social por Discapacidad?	<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
¿Es usted un padre con custodia y está desempleado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está en el país con un visado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de identificación de visa / País/ Fecha de regreso: _____	

# Solicitud de Asistencia Financiera

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

Además, acepto presentar una solicitud para asistencia (es decir, *Medicare, Medicaid, State Aid* (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 *Piedmont Healthcare's Medicare Assistance Vendor* (proveedor de asistencia de Medicaid de Piedmont Healthcare), *Piedmont Healthcare's Medicaid Eligibility processor* (proveedor 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 *Piedmont Healthcare's Medicaid Eligibility Vendor*, resultará en la denegación inmediata de la ayuda financiera. Se aplica por una *Financial Assistance Program Application* (solicitud del programa de asistencia financiera) completa por garante.

Firma del solicitante	Nombre del solicitante (en letras de molde)	Fecha	Hora
Firma de testigo	Nombre del testigo (en letras de molde)	Fecha	Hora

Se requiere documentación que respalde su solicitud para procesar la solicitud. Si no proporciona esta información, su solicitud podría ser denegada y no podrá apelar la decisión de denegación. Puede comunicarse con el departamento de Ayuda Financiera si tiene preguntas o necesita ayuda para completar la solicitud en:

Requisitos de documentación

- **Formularios aceptables para identificación con foto (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 consular o escolar con fotografía
  - Visa o tarjeta de extranjero residente (si corresponde)
  - No aceptable: tarjeta Costco, selfie o foto de Navidad / vacaciones
- **Comprobante de residencia: los documentos de comprobante de residencia no deben tener más de 30 días de antigüedad y deben estar a nombre del paciente. Formas aceptables:**
  - 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 estados de cuenta de tarjetas de crédito, IRS, cartas de Medicaid, cartas de estudiantes de la escuela, estados de cuenta bancarios, estados de cuenta de hipotecas

Nota: Un apartado postal no demuestra residencia.
- **Comprobante de ingresos**
  - Empleado:** Documentos requeridos
    - Tres talones de cheques más recientes (del Paciente y del Cónyuge/Pareja Legal)
  - Desempleados:** Documentos requeridos –
    - Solicitud de Desempleo o carta de adjudicación de desempleo copias de los estados de cuenta bancarios más recientes de tres meses para incluir cuentas corrientes, de ahorros, de débito, virtuales: todas las cuentas
  - Autónomos:** Documentos requeridos –
    - Copias de los estados de cuenta bancarios más recientes de los tres meses, que incluyen cuentas corrientes, de ahorros, de débito, virtuales: todas las cuentas personales y comerciales
  - Jubilado o discapacitado:** Documentos requeridos –
    - Todos los documentos de verificación de ingresos, es decir, renta vitalicia, jubilación, discapacidad, *supplemental security income* (Seguridad y del sobreviviente, esta no es una lista cerrada.
    - Copias de los estados de cuenta bancarios más recientes de los tres meses, que incluyen cuentas corrientes, de ahorros, de débito, virtuales: todas las cuentas
    - Carta de SSN de Medicare - [WWW.SSA.gov/myaccount](http://WWW.SSA.gov/myaccount)
- **Y – Los siguientes documentos se utilizan para verificar la información y NO son un reemplazo de 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 la falta de vivienda: se requiere una carta de un refugio con membrete de la empresa
  - Una carta de apoyo de un familiar o amigo no es documentación aceptable
  - Otros documentos comerciales que muestren cómo se está apoyando al paciente
- **Comprobante de número de dependientes**
  - Transcripción completa de la declaración de impuestos de años anteriores: solo es necesaria si reclama dependientes
    - La transcripción de la declaración de impuestos se puede encontrar en [IRS.GOV](http://IRS.GOV)
  - Cualquier carta de decisión que indique que el paciente tiene responsabilidad legal por el niño, como documentos de tutela o custodia ordenados por el tribunal