



NPMR

Solicitud para el Programa de Asistencia Financiera

Nuestro hospital se compromete a atender a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Los pacientes que no puedan pagar los servicios pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera. Complete y devuelva el siguiente formulario con los documentos solicitados al Departamento de Registro del Centro o al Asesor Financiero para que sea evaluado por Asistencia Financiera.

Números de cuentas del paciente: _____ Fecha de la solicitud: _____

Cantidad de miembros del hogar calificados: _____ Dependiente: Sí No

(Un miembro del hogar calificado es cualquier adulto y dependiente adicional según el estado de la declaración de impuestos del paciente).

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado/código postal: _____

Nro. de Seguridad Social (últimos 4 dígitos): __ __ __ __

Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado/código postal: _____

Teléfono laboral: _____

Teléfono celular: _____

Duración del empleo: _____

Supervisor: _____

PADRE/MADRE/GARANTE/CÓNYUGE

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado/código postal: _____

Nro. de Seguridad Social (últimos 4 dígitos): __ __ __ __

Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado/código postal: _____

Teléfono laboral: _____

Teléfono celular: _____

Duración del empleo: _____

Supervisor: _____

RECURSOS

Cuenta corriente: Sí No Monto: \$ _____

Ahorros (incluidas las cuentas de gastos flexibles y de ahorro para la salud): Sí No Monto: \$ _____

Bonos: \$ _____

Efectivo en mano: \$ _____

Certificados de depósitos: \$ _____

Cuentas IRA: \$ _____

Cuentas Roth: \$ _____

Acciones/otras cuentas de inversión financiera (con excepción de los valores depositados en planes de ahorro para la jubilación que no se puedan retirar sin la imposición de sanciones (p. ej.: un plan 401(k)): \$ _____

Cuentas de fondo de fideicomiso: \$ _____

Vehículo 1: Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____

Vehículo 2: Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____

Vehículo 3: Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____

Vehículo 4: Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____

Vehículo 5: Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____

(También se incluyen los vehículos recreativos; por ejemplo, barcos, casa rodante, etc.)

Financial Assistance Program Application

(Spanish)

Not Part of the Medical Record

100-ADM-1202S 03/21 (Rev. 08/21, 06/23) Page 1 of 3

Patient Label

INGRESOS

Salarios del paciente/garante
(mensuales): \$ _____

Salarios del cónyuge/segundo padre/segunda madre
(mensuales): \$ _____

Otros ingresos

Manutención infantil: \$ _____

Otros ingresos

Manutención infantil: \$ _____

Beneficios para veteranos: \$ _____

Beneficios para veteranos: \$ _____

Compensación para trabajadores: \$ _____

Compensación para trabajadores: \$ _____

Programa de Seguridad de Ingreso
Suplementario (SSI) \$ _____

Programa de Seguridad de Ingreso
Suplementario (SSI) \$ _____

ORGANIZACIÓN DOMÉSTICA

Residencia principal:

Alquiler: \$ _____ Propia: \$ _____ Otro (explique): \$ _____

Propietario/titular de la hipoteca: _____

Número de teléfono: _____ Pago mensual: \$ _____

Casa secundaria/otra propiedad: Alquiler: _____ Propia: _____ (marque una opción)
Valor: \$ _____ Monto del préstamo: \$ _____ Pago: \$ _____

Pago del alquiler de la casa/de la hipoteca: \$ _____

Pago de otra propiedad: \$ _____

Servicios públicos: \$ _____

Gas: \$ _____

Automóvil: \$ _____

Préstamos \$ _____

Facturas médicas: \$ _____

Alimentación: \$ _____

Manutención infantil: \$ _____

Otro: \$ _____

DOCUMENTOS DISPONIBLES SOLICITADOS

Comprobante de ingresos:

- Últimos 4 recibos de pago
- Carta del empleador
- Beneficios de la Seguridad Social (si corresponde)
- Extractos bancarios de los últimos 3 meses
- Declaración de impuestos del año anterior

Comprobante de gastos:

- Copia del pago de la hipoteca O
- Copia del contrato de alquiler
- Otros documentos solicitados
- Copias de facturas mensuales

La información proporcionada en esta solicitud está sujeta a la verificación por parte del hospital y se brindó para determinar mi capacidad para pagar mi deuda. Entiendo que, si proporciono cualquier información falsa, el hospital me denegará cualquier asistencia financiera.

Firma del solicitante: _____

Representante del hospital que completa la solicitud: _____

Financial Assistance Program Application
(Spanish)

Not Part of the Medical Record

100-ADM-1202S 03/21 (Rev. 08/21, 06/23) Page 2 of 3

Patient Label

Planilla para la aprobación de la asistencia financiera

Nombre del hospital:	Fecha de presentación:
Nombre del paciente:	Números de cuenta:
Cantidad de miembros del hogar:	Saldo adeudado:
Ingresos anuales totales:	Servicio: Atención ambulatoria (OP)/atención hospitalaria (IP)/servicio de emergencias (ER)

Comentarios:

Marque la casilla que corresponde a la asistencia financiera que ofrece el hospital.

- Sí Aprobado para el recibir asistencia financiera al 100 %
- Sí Aprobado para recibir asistencia financiera parcial al _____%
- NO El paciente no califica para recibir asistencia financiera

Representante del hospital que completa esta revisión: _____

Aprobado por:

_____ Director del SSC	_____ Fecha	_____ Director de finanzas (CFO)/ vicepresidente (VP) del SSC	_____ Fecha
_____ CFO	_____ Fecha	_____ Director general (CEO)	_____ Fecha