

Solicitud de asistencia financiera
(La solicitud debe completarse en su **TOTALIDAD**).

Fecha de la solicitud: ____/____/____

Información del paciente:

Apellido: _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de Seguridad Social: _____

Dirección: _____ Depto.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono particular: (____) _____ Otro número telefónico: (____) _____

Familiares a cargo

	Nombre	Fecha de nacimiento	Vínculo con el paciente
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Información sobre ingresos

Ingresos	Paciente	Cónyuge
Empleador		
Salario bruto		
Cuota alimenticia para hijos/ cónyuge		
Jubilación		
Beneficios por desempleo		
Beneficios de la Seguridad Social		
Ingresos por alquiler		
Otros ingresos		
Cupones para alimentos		
Ingresos totales		



Le solicitamos que entregue copias de los documentos correspondientes enumerados en la lista adjunta de Formularios de documentación y verificación. Los pacientes deben brindar esta información dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la solicitud. Puede entregarnos sus documentos personalmente o enviarlos por correo a las siguientes direcciones. Toda la información proporcionada, comentada o registrada en relación con esta solicitud es confidencial. Si tiene preguntas o necesita más ayuda, comuníquese con un asesor de asistencia financiera del Departamento de Servicios Comerciales para Pacientes al (203) 276-7515 o al (203) 276-4831.

Dirección postal:

Stamford Health
One Hospital Plaza
Apartado postal 9317
Stamford, CT 06904

Dirección física:

Stamford Health
One Hospital Plaza
Stamford, CT 06902

Información adicional que el paciente desea que se tome en consideración:

Por la presente, solicito asistencia financiera al Stamford Hospital, incluido el acceso a los fondos provenientes de donaciones al hospital que pueda recibir y estén disponibles. Entiendo que la información que he presentado será verificada por el personal del Stamford Hospital. Certifico que la información brindada precedentemente es auténtica y verdadera. Entiendo que, de reunir las condiciones pertinentes, se me puede pedir que solicite asistencia pública.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Tenga en cuenta que si no completa esta solicitud y no brinda la información solicitada dentro del plazo indicado, se retrasará el procesamiento de su solicitud y es posible que determinemos que no reúne las condiciones necesarias para recibir asistencia financiera.

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DEL HOSPITAL

MR#: _____

Family Size# _____

Financial Assistance Level Approved: _____ @ _____ %

FAP Approved: From: _____ To: _____

Prenatal Approved: From: _____ To: _____

Denied Date: _____

Reason for Denial: _____

By FC: _____ Date: _____

Formularios de documentación y verificación

Proporcione los documentos correspondientes que se enumeran más abajo en relación con el solicitante/cónyuge e hijos (si el solicitante es menor de edad, brinde la información de sus padres) a su asesor de asistencia financiera o al Departamento de Servicios Comerciales para Pacientes.

PROPORCIONE COPIAS DE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN

Seguro:

- | | | | |
|---|---|-----------------------|---|
| Médico | <input type="checkbox"/> SÍ o <input type="checkbox"/> NO | Responsabilidad civil | <input type="checkbox"/> SÍ o <input type="checkbox"/> NO |
| Accidentes laborales | <input type="checkbox"/> SÍ o <input type="checkbox"/> NO | Accidente automotor | <input type="checkbox"/> SÍ o <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Ha solicitado cobertura de seguro en Access Health CT? | | | <input type="checkbox"/> SÍ o <input type="checkbox"/> NO |

*** TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA ES SOBRE EL PACIENTE, EL CÓNYPUGE Y LOS HIJOS QUE VIVEN EN EL HOGAR.**

Beneficios federales y estatales:

- Carta de denegación del Departamento de Servicios Sociales
- Cupones para alimentos/Carta de asistencia en efectivo
- Cobertura médica del Departamento de Servicios Sociales (Medicaid)
- Carta de beneficios de la Seguridad Social

Identificación:

- Identificación con foto / licencia de conducir / pasaporte / tarjeta de residencia permanente.
- Constancia de dirección actual (facturas de servicios públicos, cable, teléfono).
- Partida de nacimiento del (de los) menor(es).

Ingresos: sueldos, salarios, propinas y dividendos

- Recibos de sueldo más recientes (4 si recibe pagos semanales / 2 si recibe pagos quincenales y 2 si recibe pagos mensuales).
- Se necesita una carta del empleador o del solicitante si recibe pagos en efectivo o con cheque personal.
- Historial de pagos por desempleo (si cobra beneficios por desempleo).
- En caso de estar desempleado, incluya una carta que indique con qué fondos se mantiene.
- Cuota alimenticia para hijos/cónyuge (documento judicial o carta que indique el monto recibido).
- ¿Es dueño de una propiedad distinta a su residencia principal?
 - SÍ o NO Si la respuesta es afirmativa, indique sus ingresos por alquiler: \$_____

Impuestos:

- Última declaración impositiva presentada y W-2 o 1099.

Información bancaria:

- Estados de cuenta bancaria más recientes del paciente y su cónyuge (cuenta corriente, caja de ahorro).
 - SÍ o NO Si la respuesta es negativa, escriba sus iniciales: _____

Información de residencia:

- Recibo de alquiler / declaración de arrendamiento o hipoteca.
- Carta del arrendador o del solicitante (suma que paga mensualmente en concepto de alquiler).
- Carta del refugio.