

## INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD FINANCIERA

### DATOS PERSONALES:

- Escriba su nombre legal completo, en letra de molde.
- Indique su número de teléfono de casa y de su trabajo, e indique un número de teléfono donde pueda ser localizado durante el día con mayor frecuencia.
- Indique su domicilio actual y el país en el cual usted vive actualmente.
- Si usted está llenando esta solicitud para alguien más, indique el nombre completo legal y el número de seguro social del paciente para quien se está completando esta solicitud.

### MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESO MENSUAL:

- Escriba los nombres de todas las personas en su hogar junto con sus edades y si tienen ingresos o no.
- Incluyendo a usted y otras personas relacionadas y no relacionadas en su hogar (favor de utilizar otra hoja de papel si necesita espacio adicional).
- Indique el monto del ingreso que cada miembro de su hogar recibió el mes pasado, antes de impuestos o cualquier otra deducción, y de donde provino, ya sea de su sueldo, asistencia pública, pensión alimenticia, seguro social y otros ingresos.
- Si cualquier cantidad del mes pasado resultó ser más o menos de lo normal, indique el monto normal de los ingresos de dicha persona.

### COMPROBANTE DE INGRESOS, DE RESIDENCIA E IDENTIFICACIÓN:

- **TODOS LOS SOLICITANTES DEBERÁN INTENTAR PROPORCIONAR COMPROBANTES DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES CON EL FIN DE VERIFICAR INGRESOS:**
  - Formulario W-2 del Departamento de Rentas Internas [IRS]
  - Comprobante de pago del cheque de nómina
  - Estado de cuenta bancaria
  - Declaración individual de impuestos
  - Carta del Seguro Social, Compensación Laboral o Compensación por Desempleo
  - Comprobante de elegibilidad para programa de gobierno
  - Certificado médico de incapacidad indicando el periodo de incapacidad y documentación o comprobante de tres o más meses sin ingresos por el periodo de incapacidad.
  - Verificación telefónica por parte del empleador de los ingresos del paciente
  - Otros
  - Usted también podrá verificar sus ingresos de la siguiente manera: (a) presentando una verificación escrita por parte de su empleador; (2) por medio de una llamada telefónica de su empleador con un representante del Hospital; o (3) presentando una declaración verbal o escrita a un representante del Hospital verificando el ingreso bruto anual de su hogar.

- Si no le es posible proporcionar uno de los documentos de verificación de fuentes de ingresos indicados anteriormente, favor de incluir una explicación escrita en la sección de VERIFICACIÓN DE INGRESOS de la Solicitud de Asistencia Financiera.

#### GASTOS MENSUALES:

- Indique la cantidad normal de los gastos de su hogar.

#### FIRMA Y NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL:

- Todas las solicitudes deberán incluir la firma de un miembro adulto del hogar (a menos que situaciones o problemas médicos, por ejemplo, aislamiento, Unidad de Cuidados Intensivos, etc. lo prevengan). Si no es posible o factible obtener una firma, favor de explicar al personal del hospital el motivo por el cual no se puede proporcionar una firma.
- La solicitud deberá incluir el número de Seguro Social del adulto que firma.
- En caso de que el adulto no cuente con un número de Seguro Social, favor de escribir “NINGUNO” para indicar que dicho adulto no cuenta con un número de Seguro Social.
- Es posible que se requiera información adicional para determinar su elegibilidad, dependiendo del programa que usted esté solicitando.

#### DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD:

- La elegibilidad será determinada en base a las pautas del 200% de Ingreso Límite de Pobreza.
- Las solicitudes aprobadas únicamente cubren gastos en ContinueCare Hospital.

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Para solicitar asistencia financiera, en el recibo de ContinueCare Hospital, favor de llenar esta solicitud, incluya su firma y devuelva la solicitud al Departamento Financiero dentro de 30 días a partir de su visita. Favor de llamar al Departamento Financiero al (972) 943 – 6430, en caso de necesitar ayuda.

### DATOS PERSONALES

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| Nombre: (en letra de molde) | Nombre y número de Seguro Social del paciente (en caso de ser diferente de la persona que completa esta solicitud): |
| Número de teléfono de casa: | Número de teléfono del trabajo:   |
| Domicilio:                  | Ciudad/Estado/Código Postal:  |
| ¿En qué país vive usted?    | ¿El domicilio es permanente o temporal?   |

### MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESO MENSUAL

| Nombres de los miembros del hogar | Relación o parentesco con el miembro del hogar | Edad y fecha de nacimiento | Ingreso MENSUAL Bruto | Asistencia Social / Pensión Alimenticia MENSUAL | Pagos, Pensiones, Jubilación, Seguro Social MENSUAL | Cualquier otro ingreso mensual |
|-----------------------------------|--|----------------------------|-----------------------|---|---|--------------------------------|
|                                   |  |                            |                       |   |   |                                |
|                                   |  |                            |                       |   |   |                                |
|                                   |  |                            |                       |   |   |                                |
|                                   |  |                            |                       |   |   |                                |
|                                   |  |                            |                       |   |   |                                |

### VERIFICACIÓN DE INGRESOS

|  |   |
|--|---|
| Favor de presentar cualquiera de los siguientes tipos de documentación para verificar sus ingresos.<br>(Esta información únicamente se utilizará para fines de determinar la elegibilidad para asistencia médica.) |   |
| Formulario W-2 del Departamento de Rentas Internas [IRS], Comprobante de pago del cheque de nómina   | Estado de cuenta bancaria                       |
| Declaración individual de impuestos  | Programa de gobierno                            |
| Carta del Seguro Social, Compensación Laboral, o Compensación por Desempleo  | Verificación telefónica por parte del empleador |
| Certificado médico de incapacidad  | Paciente fallecido                              |
|  | Otro  |
| Si no le es posible proporcionar uno de los documentos de verificación de fuentes de ingresos indicados anteriormente, favor de incluir una explicación del motivo por el cual esta información no está disponible |   |
|  |   |
| Otros Recursos: Favor de indicar el monto total de otros \$ recursos disponibles para usted, incluyendo recursos como _____ cuentas de ahorros, cuentas de cheques, acciones, bonos, etc.:                         |   |
|  |   |
|  |   |

**GASTOS MENSUALES**

|                                |  |                                     |  |
|--------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| Pago de la renta/hipoteca      |  | Pago del auto y/o camioneta         |  |
| Recibo de electricidad y/o gas |  | Gastos para el cuidado de los niños |  |
| Teléfono celular y de casa     |  | Préstamos                           |  |
| Cable/Satélite                 |  | Otros: Agua/Seguro de auto          |  |

**FIRMA Y NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL:**

Certifico que toda la información indicada anteriormente es cierta y correcta y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que esta información se está proporcionando para fines de CUIDADOS CARITATIVOS para servicios proporcionados en ContinueCare Hospital; y que funcionarios del hospital podrán verificar la información proporcionada en la solicitud; y que la representación errónea intencional de dicha información podrá resultar en el rechazo inmediato.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
 FIRMA DE ADULTO DEL HOGAR                      NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

**FAVOR DE NO ESCRIBIR DEBAJO DE ESTA LÍNEA — PARA USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL**

(Conversión de ingreso mensual: semanal x 4.33, Cada 2 semanas x 2.15, Quincenal x 2)  
 (Conversión a ingreso anual: mensual x 12)

|   |   |                |
|---|---|----------------|
| Tamaño total del hogar:   | Ingreso mensual:  | Ingreso anual: |
| Estampillas de alimentos: Si / No   |   |                |
| Determinación de elegibilidad:  | Aprobado <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/>   |                |
| Motivo de Negación:   | Ingreso muy alto <input type="checkbox"/> Información incompleta <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> |                |
| Cuenta a la cual aplica esta solicitud:                                     | Paciente:   |                |
| Firma del funcionario que determina:  | Fecha:  |                |
|   | Otro:   |                |
| Motivo por el cual el solicitante no completó la solicitud (si aplica):     |   |                |
| Motivo por el cual se requiere verificación verbal de ingresos (si aplica): |   |                |

# BORRADOR PARA LA APROBACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

## Para uso exclusivo de la oficina

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de cuenta(s) del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ No. del Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Ingreso anual bruto del hogar: \$ \_\_\_\_\_ Cargos: \$ \_\_\_\_\_  
No. de personas en el hogar: \_\_\_\_\_ Monto pendiente por pagar: \_\_\_\_\_

Indique con un círculo el tipo de documentación o verificación de ingresos proporcionada:

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Formulario W-2 del Departamento de Rentas Internas [IRS], Comprobante de pago del cheque de nómina</li><li>• Declaración individual de impuestos</li><li>• Carta del Seguro Social, Compensación Laboral, o Compensación por Desempleo</li><li>• Programa de Gobierno</li><li>• Verificación telefónica por parte del empleador</li><li>• Estado de cuenta bancaria</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Certificado médico de incapacidad</li><li>• Atestación escrita (el paciente firmó solicitud de asistencia verificando el ingreso total anual)</li><li>• Atestación verbal (el paciente verificó verbalmente el ingreso total anual)</li><li>• Paciente fallecido</li><li>• Otro</li></ul> |
|---|---|

Indique con un círculo la respuesta apropiada a las siguientes preguntas:

- ¿El ingreso total anual es igual a o menor que el 200% de las Guías Federales de Pobreza?  
(Favor de ver Guías de Elegibilidad para Asistencia Financiera del Hospital — Programa A)  
SI Aprobado para el 100% de asistencia financiera como paciente sin recursos  
NO No califica para recibir asistencia como paciente sin recursos. Favor de continuar al paso 2.
- ¿El saldo pendiente de pago tras el pago de todos los pagadores terceros es igual a o mayor que el 10% del ingreso total anual?  
SI Favor de continuar al paso 3.  
NO El paciente no califica para recibir asistencia financiera.
- ¿El ingreso total bruto del hogar es igual a o menor que el 500% de las Guías Federales de Pobreza?  
(Favor de ver Guías de Elegibilidad para Descuentos de Asistencia Financiera del Hospital – Programa B)  
SI El Ingreso anual es menos que el \_\_\_ % de las Guías Federales de Pobreza. Aprobado para un descuento del \_\_\_ % como paciente de bajos recursos de acuerdo con las Guías de Elegibilidad para Descuentos de Asistencia Financiera del Hospital – Programa B  
NO Favor de continuar al paso 4.
- ¿El saldo pendiente de pago tras el pago de todos los pagadores terceros es igual a o mayor que el 50% del Ingreso total anual?  
SI El saldo por pagar es el \_\_\_% del ingreso anual total. Elegible para un descuento del \_\_\_% como paciente de bajos recursos de acuerdo con las Guías de Elegibilidad para Descuentos de Asistencia Financiera del Hospital – Programa C.  
NO El paciente no califica para recibir asistencia financiera.

I. (\$ \_\_\_\_\_ ) X ( \_\_\_\_\_ % ) = \$ \_\_\_\_\_ 2. (\$ \_\_\_\_\_ ) - ( \$ \_\_\_\_\_ ) = \$ \_\_\_\_\_  
Saldo pendiente % Descuento Monto del descuento Saldo pendiente Monto del descuento Saldo pendiente de pago

Si el descuento = \$1 - \$2,000: Aprobado por: \_\_\_\_\_ o arriba  
Si el descuento = \$2,001 - \$5,000: Aprobado por: \_\_\_\_\_ o arriba  
Si el descuento = más de \$5,000: Director de Servicios Financieros para Pacientes

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Empleado: \_\_\_\_\_