

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA MÉDICA

Complete la solicitud adjunta para ayudarnos a determinar su elegibilidad para nuestro Programa de Asistencia Financiera. Envíe esta solicitud al Patient Accounting Department (Departamento de Cuentas del Paciente) junto con los siguientes documentos:

- χ Verificación de ingresos:
 - χ Últimos 3 talones de sus cheques de nómina
 - χ Su última declaración de impuestos federales
 - χ Verificación del subsidio por desempleo
 - χ Verificación de beneficios del Seguro Social
 - χ Otro _____
- χ Último(s) estado(s) de cuenta(s) bancaria(s)
- χ Copias de facturas médicas
- χ Facturas de servicios públicos
- χ Otro _____

DEBE ENVIAR esta solicitud al Patient Accounts Department (Departamento de Cuentas del Paciente) o al asesor financiero DENTRO DE LOS 14 DÍAS. Si necesita más tiempo debido a su estado de salud, o si necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con un asesor financiero llamando al (775) 445-8609.

El hospital le notificará la determinación de elegibilidad dentro de los 14 días posteriores a la recepción de la solicitud completa.

Se mantendrá la confidencialidad total de toda la información relacionada con esta solicitud.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Esta solicitud cubrirá todas las cuentas **activas** de la siguiente persona:

Garante (persona responsable): _____

Jefe de familia
Nombre del cónyuge
Dirección
Ciudad/Estado/Código postal
Número de teléfono

Personas que residen en el hogar (escribir nombre Y apellido)

NOMBRE	Parentesco	Edad

INDIQUE TODOS LOS INGRESOS DE SU GRUPO FAMILIAR

Fuente de ingreso	Ingreso mensual	Salario por hora	PROMEDIO de horas trabajadas por semana
Pensión/Jubilación			
Seguridad Social			
Salarios percibidos (jefe de familia)			
Salarios percibidos (cónyuge)			
Subsidio por desempleo			
Pensión alimenticia			
Manutención infantil			
Asistencia Pública			
Otro ingreso			
TOTAL			

GASTOS MENSUALES

Renta	\$	Gasolina	\$
Alimentos	\$	Seguro	\$
Electricidad	\$	Farmacia	\$
Combustible para calefacción	\$	Cuidado infantil	\$
Teléfono	\$	Manutención infantil	\$
Televisión por cable	\$	Pensión alimenticia	\$
Agua	\$	Otro	\$

ACTIVOS

Descripción	Año/Marca	Valor	Saldo	Pago mensual	Institución
Hogar					
Automóvil					
Automóvil					
Casa rodante/Bote					
Dinero en efectivo					
Acciones/Bonos/Fondo común de inversión					
Seguro de vida					

OTROS GASTOS

Nombre	Saldo actual	Pago mensual
Banco/Unión de crédito (crédito o préstamos)		
	\$	\$
	\$	\$
IMPORTE TOTAL de las facturas médicas (adjuntar los estados de cuenta)	\$	\$
Deuda con agencia de cobro	\$	\$
Otro	\$	\$

AUTORIZACIÓN

Solicito que Carson Tahoe Regional Healthcare utilice la información adjunta a fin de determinar si reúno los requisitos para obtener un ajuste de atención de beneficencia. Entiendo que la información presentada está sujeta a verificación y

que la aprobación se basa en dicha verificación. Autorizo a Carson Tahoe Regional Healthcare a obtener información de cualquier fuente que considere necesaria para determinar un acuerdo financiero aceptable o ayudarme a obtener asistencia financiera. Mediante la presente autorización, eximo a cualquier persona o empresa de toda responsabilidad relacionada con dicha exención.

Firma de la parte responsable

Fecha