



APLICACIÓN DE DESCUENTO Y ELEGIBILIDAD DE CUIDADO DE CARIDAD (CHARITY CARE)

Es necesario completar las siguientes preguntas para evaluar la elegibilidad del paciente

Fecha de aplicación: _____

Número(s) de cuenta del paciente: _____

Información del Paciente:

Información del Cónyuge (si corresponde):

Nombre: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

SSN: _____

SSN: _____

Estado Civil (circule uno): Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Sin Casarse Asociación Domestica

Cobertura Médica: _____

Información Familiar: Indique todos los dependientes que viven en el hogar (niños menores de 21 años):

	Nombre	Edad	Relación
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
			Número Total de Dependientes

Información de Ingresos:

Ingreso	Paciente	Cónyuge
Salarios (Ingreso Mensual Bruto)		
Autónomos (Ingreso Mensual Bruto)		

Otros ingresos:

Ingreso:	Paciente	Cónyuge
Beneficios de Incapacidad		
Seguro Social		
Compensación por Desempleo		

APLICACIÓN DE DESCUENTO Y ELEGIBILIDAD DE CUIDADO DE CARIDAD (CHARITY CARE)

Ingreso:	Paciente	Cónyuge
Asistencia Pública		
Compensación de Trabajador (Worker's Comp)		
Pensión alimenticia		
Manutención de los Hijos		
Ingresos de Pensión		
Ingresos por Dividendos, Intereses, Alquileres		
Otro		
Ingresos Totales		
		Ingreso combinado

Información de gastos:

	Descripción	Cantidad (pago mensual)
1.	Hipoteca / Alquiler	
2.	Pago del auto	
3.	Seguro de auto	
4.	Hipoteca / Alquiler (mantenimiento)	
5.	Alimentos y artículos para el hogar	
6.	Utilidades	
7.	Teléfono	
8.	Ropa	
9.	Pagos médicos y dentales	
10.	Aseguranza	
11.	Escuela / Cuidado de niños	
12.	Manutención de hijos o cónyuge	
13.	Gastos de transporte / auto (seguro, gas)	
14.	Otro	
	TOTAL DE GASTOS MENSUALES	

Documentos requeridos

Debe someter los siguientes documentos para procesar su solicitud de Atención de Caridad / Asistencia financiera / Descuentos:

Comprobante de Ingresos: Declaración de impuestos sobre los ingresos del año anterior O el talón de cheque más reciente (un mes), una carta de su empleador, el Seguro Social, etc. u otros documentos solicitados.

Comprobante de Gastos (si corresponde): Copia del pago de la hipoteca o del contrato de alquiler, copias de todas las facturas mensuales (incluidas tarjetas de crédito, préstamos bancarios, préstamos de automóviles, pagos de seguros, servicios públicos, cable y teléfonos celulares) u otros documentos según se soliciten.

Carta de Dificultades Económicas (si corresponde): Una carta que explique por qué no puede pagar su cuenta en su totalidad o con un acuerdo de pago.



APLICACIÓN DE DESCUENTO Y ELEGIBILIDAD DE CUIDADO DE CARIDAD (CHARITY CARE)



APLICACIÓN DE DESCUENTO Y ELEGIBILIDAD DE CUIDADO DE CARIDAD (CHARITY CARE)

Por la presente, reconozco que toda la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta. Entiendo que el proporcionar información falsa dará como resultado la denegación de esta Aplicación. Le autorizo a obtener un informe de crédito del consumidor sobre mí, así como informes de otras bases de datos nacionales, para verificar la información proporcionada en esta Solicitud. Entiendo completamente que el programa de Asistencia Financiera es un "Pagador de último recurso" y por la presente asigno a la institución todos los beneficios debidos a cualquier acción de responsabilidad, reclamos por lesiones personales, liquidaciones y todos los beneficios de seguro que pueden ser pagados, por enfermedad o lesión por las cuales la institución ha brindado atención.

NOMBRE DE PACIENTE/FIADOR

FECHA

FIRMA DE PACIENTE/FIADOR

FECHA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL HOSPITAL LLENANDO ESTA APLICACION

FECHA

FOR INTERNAL USE ONLY:

Estimate Charges: _____ % of discount to be given _____

Approved _____ Date _____ Valid Through _____

Denied _____ Date _____

- Income exceeds Charity Care threshold
- Patient did not comply with documentation needed
- Other: _____