

Solicitud de asistencia financiera

1. Información del paciente

Nombre del paciente: _____
Primer nombre Inicial segundo nombre Apellido

Dirección del paciente: _____
Calle Ciudad Estado/Código postal

Número de teléfono del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Estado civil del paciente: _____
Soltero o casado

Número de seguro social del paciente: _____

Número de cuenta del paciente: _____

2. Información del garante

Nombre del garante: _____
Primer nombre Inicial segundo nombre Apellido

Dirección del garante: _____
Calle Ciudad Estado/Código postal

Número de teléfono del garante: _____

Fecha de nacimiento del garante: _____ Estado civil del garante: _____
Soltero o casado

Número de seguro social del garante: _____

Relación del garante con el paciente: _____

| | Paciente/Garante | Esposo/a |
|---|------------------|----------|
| Si responde que no, ¿hay seguro de salud disponible a través de su empleador o de su escuela? (S/N) | | |
| ¿Tiene Medicare? (S/N) | | |
| ¿Tiene Medicaid? (S/N) | | |
| ¿Recibe beneficios de veterano? (S/N) | | |

Ingreso total del hogar

Por favor indique el ingreso mensual total de su hogar proveniente de todas las fuentes de ingresos:

- | | | | |
|---|---------------------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Salarios | U\$\$ _____ | <input type="checkbox"/> Propinas | U\$\$ _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Self-Employment</i> | U\$\$ _____ | <input type="checkbox"/> Ganancias de | U\$\$ _____ |
| | (Trabajo sin relación de dependencia) | | su empresa |
| <input type="checkbox"/> Ingreso por intereses | U\$\$ _____ | <input type="checkbox"/> Dividendos | U\$\$ _____ |
| <input type="checkbox"/> SSI/Seguro Social | U\$\$ _____ | <input type="checkbox"/> Ingreso por rentar | U\$\$ _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Child Support</i> | U\$\$ _____ | <input type="checkbox"/> <i>Alimony</i> | U\$\$ _____ |
| | (Manutención del menor) | | (Pensión alimenticia) |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de | U\$\$ _____ | <input type="checkbox"/> <i>Worker's Comp.</i> | U\$\$ _____ |
| | veteranos | | (Compensación del trabajador) |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | U\$\$ _____ | <input type="checkbox"/> <i>Food Stamps</i> | U\$\$ _____ |
| | | | (Estampillas de comida) |
| <input type="checkbox"/> Pensión/Retiro | U\$\$ _____ | <input type="checkbox"/> Ingreso del campo | U\$\$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro/A anualidades | U\$\$ _____ | <input type="checkbox"/> Asistencia pública | U\$\$ _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Trust</i> | U\$\$ _____ | <input type="checkbox"/> Otros | U\$\$ _____ |
| | (Ingreso de fideicomiso) | | |

5. Documentación requerida

Adjunte copias de los documentos que se enumeran a continuación, tanto para el paciente/garante como para el/la esposo/a (por favor, solamente remita copias; no remita documentos originales):

- declaración más reciente de impuestos sobre los ingresos, incluyendo las formas W-2 y los cuadros/las tablas auxiliares
- los últimos 2 recibos de pago o una carta de su empleador adonde verifique su ingreso (incluya el número de teléfono y la dirección del empleador)
- estados de cuenta bancarios de los últimos 2 meses
- verificación por escrito de cualquier otra fuente de ingreso (por ejemplo: manutención del menor, seguro social, pensión alimenticia)

O BIEN,

- **Si no tiene ningún ingreso, una carta o comentario más abajo de parte de Ud., adonde menciona su fuente de dinero para gastos de subsistencia.**

6. Otros comentarios

7. Reconocimiento

Por medio de la presente reconozco que la información en esta solicitud (incluyendo los anexos) es veraz, completa y precisa a mi leal saber y entender. Además, entiendo que para calificar para asistencia financiera, debo seguir todos los pasos necesarios para solicitar y obtener cualquier fuente de pago disponible (tales como Medicaid, Medicare, seguro de salud, etc.).

Por medio de la presente autorizo al **Wilson Medical Center** a que contacte a cualquier persona, empresa u organización para verificar toda información que se ha brindado, y por medio de la presente autorizo a dicha persona, empresa u organización a que comparta dicha información con el **Wilson Medical Center**. También autorizo al **Wilson Medical Center** a que solicite un informe de la oficina de crédito del consumidor (*consumer credit report*).

Firma del paciente/garante: _____ Fecha

Firma del/de la esposo/a: _____ Fecha

8. Instrucciones para el envío/ Información de contacto

Envíe por correo (o entregue en mano) su solicitud de asistencia financiera con su documentación a:

Wilson Medical Center
Attn: Financial Counselors
1705 Tarboro Street SW
Wilson, NC 27893

Para información adicional acerca de la política de asistencia financiera del **Wilson Medical Center**, o para asistencia con esta solicitud, por favor llame a *Patient Financial Services* al **252-399-8927** o visite a un *Financial Counselor* en la dirección que se indica más arriba.

Por favor, permita 30 días para el procesamiento.

Para uso interno solamente

Procesado por: _____ Fecha: _____
Consejero financiero

Determinación de elegibilidad: () Sí () No Descuento: _____%

Si se denegó, indique la razón: _____

Revisado/Aprobado por: _____ Fecha: _____
Director/Gerente de acceso del paciente (o designado)

_____ Fecha: _____
Director de servicios financieros para el paciente (o designado)

_____ Date: _____
Director financiero/Oficial financiero en jefe del hospital (o designado)

Instrucciones para completar la solicitud de asistencia financiera del Wilson Medical Center

1. Información del paciente

Nombre del paciente: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del paciente.

Dirección del paciente: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el domicilio adonde vive el paciente incluyendo la ciudad, el estado y el código postal.

Número de teléfono del paciente: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el número de teléfono del paciente.

Fecha de nacimiento del paciente: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco la fecha de nacimiento del paciente.

Estado civil del paciente: escriba claramente en letra de molde "soltero/a" o "casado/a".

Número de seguro social del paciente: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el número de seguro social del paciente.

Número de cuenta del paciente: escriba claramente en letra de molde el número del expediente médico (*medical record number*) que el **Wilson Medical Center** le ha expedido al paciente (o el número de identificación del garante si la solicitud es para los balances en cuenta del/de los dependiente/s).

2. Información del garante (completar si corresponde)

Nombre del garante: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del/de la padre/madre o tutor legal del paciente, o de otra persona responsable por el paciente (garante).

Dirección del garante: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el domicilio adonde vive el garante incluyendo la ciudad, el estado y el código postal.

Número de teléfono del garante: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el número de teléfono del garante.

Fecha de nacimiento del garante: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco la fecha de nacimiento del garante.

Estado civil del garante: escriba claramente en letra de molde "soltero/a" o "casado/a".

Número de seguro social del garante: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el número de seguro social del garante.

Relación del garante con el paciente: describa la relación del garante con el paciente (por ejemplo: padre/madre o tutor legal).

3. Información del/de la esposo/a: (complete si corresponde; se lo puede saltar si el paciente/garante es soltero)

Nombre del/de la esposo/a: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del/de la esposo/a del paciente/garante.

Dirección del/de la esposo/a: o bien, escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el domicilio adonde vive el/la esposo/a, o sino escriba “misma dirección” si Ud. y su esposo/a viven en el mismo domicilio.

Número de teléfono del/de la esposo/a: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el número de teléfono de su esposo/a.

Fecha de nacimiento del/de la esposo/a: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco la fecha de nacimiento de su esposo/a.

Número de seguro social del/de la esposo/a: escriba claramente en letra de molde sobre la línea en blanco el número de seguro social de su esposo/a.

4. Información del hogar

Dependientes: escriba claramente en letra de molde el nombre, la relación y la fecha de nacimiento de cada persona en su hogar que Ud. menciona como dependiente en su declaración de impuestos (niños o adultos para quienes Ud. provee financieramente más del 50% de sus gastos de subsistencia). Puede adjuntar páginas adicionales si necesita más lugar.

Empleo e información del seguro: tanto para el paciente como para el garante y el/la esposo/a, responda cada una de las preguntas que se indican. Escriba “Sí” o “No” o provea la información requerida en cada casilla.

Ingreso total del hogar: escriba claramente en letra de molde el ingreso total que su hogar (el suyo, el de su esposo/a, y el de su/s dependiente/s) recibe cada mes de todas las fuentes. Puede adjuntar páginas adicionales si necesita más lugar.

- Si su hogar recibe ingresos de una fuente que Ud. no ve en la lista, por favor indique la cantidad en la línea “Otros”.
- Si su hogar recibe ingresos de una fuente que no le paga mensualmente, sume la cantidad que ha recibido durante los últimos 12 meses, divídala por 12, y luego indique esa cantidad en su solicitud.

5. Documentación requerida

Los documentos que se enumeran en esta sección son necesarios para ayudarnos a determinar si Ud. califica para asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera del **Wilson Medical Center**. Si Ud. no tiene, o no puede producir los ítems que se enumeran, por favor incluya una explicación de por qué no puede hacerlo. Por favor, note que *Patient Financial Services* puede requerir información o documentación adicional cuando esté procesando su solicitud.

6. Comentarios

Utilice esta sección para compartir cualquier información adicional que Ud. quiere que tomemos en consideración al evaluar su solicitud de asistencia financiera.

7. Reconocimiento

Firma del paciente/garante: lea cuidadosamente la declaración de reconocimiento en esta sección y luego firme y feche la solicitud.

Firma del/de la esposo/a: (si está casado/a) que su esposo/a lea cuidadosamente la declaración de reconocimiento en esta sección, y que luego firme y feche la solicitud.