

Solicitud de Asistencia Financiera

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Se debe responder a todas las preguntas

Fecha de servicio (pasado o futuro): _____ Centro: _____

Nombre completo del paciente: _____ Número de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección Física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección de correo postal: _____ Número de historia clínica: _____

Número de Teléfono: _____ Nombre de la persona que completa la solicitud: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre legal de cada uno de los miembros del hogar, incluido usted mismo (garante)

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Edad	Relación	Ocupación	Número de Seguro social	Ingresos anuales
						\$
						\$
						\$
						\$
TOTAL						\$

Fuente de ingresos (si es cero, indique cero en la casilla)

Ingresos	\$
Seguridad Social	\$
Otros ingresos/pensión Alimenticia/ Inversiones/Retiro	\$
Ingresos Totales	\$
Saldo del 401K	\$
Importe de la hipoteca	\$
Precio del alquiler	\$
Saldo de la cuenta de ahorros	\$
Cambio de la verificación de la atención médica	
Si no tiene ingresos, ¿cómo se mantiene a sí mismo?	Descríbalo a continuación:

Otras preguntas sobre la cobertura

¿El paciente tiene seguro médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Están tratando al paciente por lesiones que estén cubiertas por responsabilidad de terceros, como por ejemplo, una compañía de seguros de automóviles o Compensación laboral?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente tiene Medicaid? – En caso afirmativo, vaya a la página 2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente ha solicitado Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está usted en el programa de Seguridad Social por incapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene más de 65 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene 19 años o menos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted la custodia de su/s hijo/s y está desempleado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Solicitud de Asistencia Financiera

Declaración: Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y precisa a mi saber y entender. Entiendo que la información que envío está sujeta a verificación, incluida la puntuación de la agencia de crédito, y sujeta a revisión por parte de las agencias federales y/o estatales y otras según sea necesario. Autorizo a mi empleador a entregar a Piedmont Healthcare la prueba de mis ingresos. Entiendo que si alguna información que he dado resulta ser falsa, Piedmont Healthcare reevaluará mi estado financiero y tomará las medidas que sean apropiadas.

Además, acepto presentar una solicitud para cualquier asistencia (es decir, Medicare, Medicaid, ayuda estatal (para el cáncer), rehabilitación vocacional, seguro, etc.) que pueda estar disponible para el pago de los cargos de mi cuenta de Piedmont Healthcare. Cooperaré plenamente con Change Healthcare, el procesador de elegibilidad de Medicaid de Piedmont Healthcare, para tomar las medidas que se consideren necesarias para obtener dicha asistencia y asignaré o pagaré a Piedmont Healthcare el monto recuperado por los cargos de Piedmont Healthcare. La falta de cooperación con el proveedor de elegibilidad de Medicaid de Piedmont Healthcare resultará en la denegación inmediata de la ayuda financiera. Se precisa una Solicitud completa del Programa de asistencia financiera por garante.

Firma del solicitante	Nombre del solicitante (en letra de imprenta)	Fecha	Hora
Firma del testigo	Nombre del testigo (en letra de imprenta)	Fecha	Hora

Para poder procesar su solicitud, se requiere una documentación que la apoye. Si no proporciona esta información, su solicitud podría ser denegada y podría no tener la opción de apelar la decisión de denegación. Puede comunicarse con el Departamento de Ayuda Financiera si tiene preguntas o si necesita ayuda para completar la solicitud en:

Documentación que se requiere:

- **Formularios de identificación con fotografía que se aceptan (solo identificaciones gubernamentales):**
 - Licencia de conducir válida emitida por el estado (se permiten documentos no válidos o vencidos bajo ciertas circunstancias)
 - Tarjeta de identificación estatal
 - Pasaporte
 - Identificación militar
 - Cualquier identificación consular o escolar con fotografía.
 - Tarjeta de Visado o de Extranjero Residente (si así aplica)
 - No son aceptables: tarjeta de Costco, selfie o fotografía navideña o festiva.
- **Prueba de residencia: los documentos que acreditan la residencia no deben ser fechados con más de 30 días y deben estar a nombre del paciente. Se aceptan:**
 - Contrato de arrendamiento: se puede utilizar si aún es válido y todos los demás documentos contienen la misma dirección.
 - Carta de cupones de alimentos
 - Facturas de servicios públicos – con dirección física
 - Otros documentos comerciales que verifiquen su lugar de residencia, como extractos de tarjetas de crédito, IRS, cartas de Medicaid, cartas a estudiantes que sean de la escuela, extractos bancarios, extractos de hipoteca

Nota: Un apartado de correos no es una manera de establecer la residencia.
- **Pruebas de los ingresos**
 - **Si está empleado:** Los documentos requeridos
 - Tres talones de cheque con los ingresos más recientes (paciente y cónyuge/pareja)
 - **Si está desempleado:** Los documentos requeridos
 - Tres Copias de la carta de petición de desempleo o de la concesión de desempleo. Los estados de cuenta bancarios más recientes de los últimos tres meses que incluyan las cuentas corrientes, las de ahorro, las de débito y las virtuales: todas las cuentas.
 - **Si es trabajador por cuenta propia:** Los documentos requeridos:
 - Copias de los extractos bancarios más recientes de los últimos tres meses que incluyan las cuentas corrientes, las de ahorro, las de débito y las virtuales: todas las cuentas personales y comerciales.
 - **Si está jubilado:** Los documentos requeridos:
 - Carta de SSN (si así corresponde)
 - Copias de los estados de **cuenta** bancarios más recientes de los últimos tres meses que incluyan las cuentas corrientes, las de ahorro, las de débito y las virtuales: todas las cuentas.
 - Carta del SSN de Medicare: WWW.SSA.gov/myaccount
- **Y – Los siguientes documentos se utilizan para verificar la información y NO reemplazan la lista anterior:**
 - Cualquier carta que indique que el paciente está recibiendo una compensación por desempleo, Medicaid, discapacidad del Seguro Social, Asistencia General, etc.
 - Carta de Cupones para Alimentos
 - Verificación de falta de vivienda: se requiere una carta de un refugio con membrete de la empresa
 - Una carta de un familiar o amigo no es una documentación que se pueda aceptar.
 - Una u Otros documentos comerciales que muestren cómo se mantiene el paciente.
- **Comprobante de número de dependientes**
 - Transcripción completa de la declaración de impuestos de años anteriores: solo es necesaria si reclama dependientes
 - La transcripción de la declaración de impuestos se puede encontrar en IRS.GOV
 - Cualquier carta de decisión que indique que el paciente tiene responsabilidad legal sobre un menor, como documentos de tutela o custodia ordenados por el tribunal.