

SOLICITUD DE PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA PACIENTES

Nombre del solicitante: _____ MR# _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

Telefono: () _____ Fecha de Nacimiento: _____

Miembros de la familia Enumere todos los miembros de la familia que conforman el grupo familiar su fecha de nacimiento.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

*** LOS SOLICITANTES DEBEN PRESENTAR TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS EN EL MISMO ENVÍO.

SE REQUIERE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD

1. Prueba de identidad. Suministre copias de identificaciones con foto, comprobantes de domicilio y tarjetas de seguro social de todos los miembros del grupo familiar que figuran en la solicitud, ya sean certificados de nacimientos, tarjetas de residencia, visas o pasaportes.

2. Prueba de ingresos: (Presente toda la documentación que corresponda para su grupo familiar)

- Recibos de pago de las últimas semanas por cada miembro de su grupo familiar que trabaja.
- Declaración de compensación del trabajador o por desempleo.
- Carta de beneficio del Seguro social o estado de cuenta bancario, si usa depósito directo.
- Declaración de Pension
- Manutención de los hijos y Pension Alimenticia
- El ingreso alquiler
- Más reciente declaración de impuestos presentada

3. Otros recursos:

A. ¿Tiene cuenta de cheques o de ahorros?

- Sí (adjunte 3 estados de cuenta consecutivos)
 No

B. Otros recursos (continuación):

¿Tiene otras fuentes de ingreso

- Sí (adjunte una carta con la descripción)
 No

C. Se le ha negado cobertura medica recientemente por el Departamento de servicios Sociales (DSS)?

- Sí
 No

Yo afirmo, con mi firma a continuación, que la información incluida en esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender. Acepto proporcionar información adicional, según lo solicitado, para informar a St. Vincent's oportunamente de cualquier cambio en mis necesidades, ingresos, situación habitacional o dirección. Según la determinación de esta solicitud para cargos reducidos, por la presente acepto pagar dichas tarifas al momento en que se preste el servicio. Es posible que se requiera que presente una solicitud para recibir asistencia de Medicaid antes de que se pueda aprobar su solicitud.

 Firma del solicitante

 Relación (si no es el paciente)

 Fecha

OFFICE USE ONLY

Discount % Approved _____

Date Approved _____

Approval Signature _____