



Formulario de solicitud de atención benéfica/asistencia financiera – Confidencial

Llene toda la información solicitada. Si no corresponde, escriba "NC". Adjunte páginas adicionales si fuera necesario.

INFORMACIÓN DE PRESELECCIÓN

- ¿Necesita un intérprete? Sí No *Si responde que sí, indique el idioma preferido:*
- ¿El paciente ha solicitado Medicaid? Sí No
- ¿El paciente recibe servicios de asistencia pública estatal, como TANF, Basic Food o WIC? Sí No
- ¿El paciente en este momento no tiene un hogar? Sí No
- ¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente de tránsito o una lesión laboral?
 Sí No

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que reúna los requisitos para recibir asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, podremos verificar toda la información y es posible que le pidamos información adicional o un comprobante de ingresos.
- Dentro de los 21 días calendario después de que recibamos su solicitud completada y la documentación, le notificaremos si reúne los requisitos para recibir asistencia.

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE Y EL SOLICITANTE

Nombre del paciente		Segundo nombre del paciente		Apellido del paciente	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	Número del Seguro Social del paciente (opcional)		
Centro médico:	Fecha del servicio	Número de encuentro	Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo postal		
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social (opcional)		
Dirección postal _____ _____ _____ Ciudad Estado Cód. postal			Principal(es) número(s) de contacto () _____ () _____ Dirección de correo electrónico: _____		
Situación de empleo de la persona responsable de pagar la factura <input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (desde hace cuánto tiempo: _____) <input type="checkbox"/> Trabajador autónomo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otra (_____)					

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Indique los familiares que viven en su hogar, incluido usted. "Familiares" son aquellas personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que viven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____

Adjunte una página adicional si fuera necesario

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años o más: Nombre del/de los empleador(es) o fuente de ingresos	Si tiene 18 años o más: Ingreso mensual bruto total (antes de impuestos):	¿También solicita asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

Deben declararse los ingresos de todos los familiares adultos. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

- Salarios - Desempleo - Trabajo autónomo - Seguro de accidentes de trabajo - Discapacidad - SSI
 -anutación de hijos/cónyuge -Programas de trabajo y estudio (estudiantes) - Pensión - Repartos de cuenta de jubilación - Otra (*explique* _____)

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

RECUERDE: *Debe incluir un comprobante de ingresos con su solicitud.*

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Es necesario hacer una verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera.

Todos los familiares de 18 años o más deben declarar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede enviar una declaración escrita firmada que describa sus ingresos. Proporcione un comprobante por cada fuente de ingresos identificada.

Ejemplos de comprobantes de ingresos:

- Formulario de retención de impuestos "W-2";
- Recibos de sueldo actualizados (3 meses);
- Declaración de impuestos sobre los ingresos del año anterior, incluidos los anexos, si corresponde;
- Declaraciones escritas firmadas de los empleadores u otras personas;
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para el seguro por desempleo.

Si no tiene un comprobante de ingresos o no tiene ingresos, adjunte una página adicional con una explicación.

INFORMACIÓN SOBRE GASTOS

Usamos esta información para tener una idea más completa de su situación financiera.

Gastos familiares mensuales:

Alquiler/hipoteca \$ _____	Gastos médicos \$ _____
Primas del seguro \$ _____	Servicios públicos \$ _____
Otras deudas/gastos \$ _____ (<i>manutención de hijos, préstamos, medicamentos, otros</i>)	

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página adicional si desea que conozcamos alguna otra información sobre su situación financiera actual, como dificultades financieras, gastos médicos excesivos, ingresos por temporada o provisorios, o pérdida personal.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Adventist Health puede verificar la información proporcionada mediante una evaluación de información crediticia y obteniendo información de otras fuentes, para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera o planes de pago.

Confirmando que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que proporcioné es falsa, se podrá rechazar la asistencia financiera y yo seré responsable de pagar los servicios brindados.

Firma de la persona que solicita

Fecha

[Si tiene alguna pregunta, llame al \(844\) 827-5047](#)

[Envíe el formulario completado por correo a:](#)

O

[Envíe el formulario completado por](#)

[correo electrónico a:](#)

Adventist Health, Attn: Patient Access
726 4th Street
Marysville, CA 95901

AHFinAsst@AH.org