

Solicitud de asistencia financiera

(La solicitud debe cumplimentarse EN SU TOTALIDAD)

Fecha de la solicitud: ____/____/____

Información sobre el paciente:

Apellido: _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre ____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de Seguro Social: ____ - ____ - _____

Dirección: _____ N° de Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N° de Teléfono (____) _____ Otro N° de Teléfono (____) _____

Miembros de la familia:

	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación al paciente
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Información sobre los ingresos:

Ingreso	Paciente	Espos(a)
Empleador		
Salario bruto (Sueldos)		
Manutención de los hijos/pensión alimenticia		
Pensión		
Subsidio por desempleo		
Beneficios de Seguro Social		
Ingresos por alquiler		
Otros ingresos		
Cupones para alimentos / Asistencia del gobierno		
Ingreso total		

Por favor proveer copias de los documentos incluidos en la lista adjunta de documentación y formularios de verificación. Los pacientes deben proporcionar esta información dentro de los 15 días tras recibir la solicitud. Toda la información provista, analizada o registrada en relación con esta solicitud es confidencial. Si usted desea formular alguna pregunta o requiere asistencia adicional contacte al consejero(a) de asistencia financiera al (203) 276-7515 o (203) 276-4831 en el Departamento de asuntos relacionados al paciente.

Información adicional que el solicitante desea que se tenga en cuenta:

Por la presente solicito asistencia financiera de Stamford Hospital, incluido acceso a fondos para camas hospitalarias que podría estar disponible y para el cual yo podría reunir las condiciones oportunas. Comprendo que la información que he presentado está sujeta a verificación por parte de Stamford Hospital. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Comprendo que podrían pedirme que solicite asistencia pública, en caso de tener derecho a la misma.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Por favor tenga en cuenta que el hecho de no cumplimentar esta solicitud y no brindar la información requerida dentro del plazo establecido demorará el procesamiento de su solicitud y podría dar como resultado la determinación de que usted no reúne las condiciones para obtener asistencia financiera.

RESERVADO AL USO DEL HOSPITAL

MR#: _____

N° de integrantes en la familia: _____

Nivel de asistencia financiera aprobado: _____ @ _____ %

FAP aprobada: De: _____ A: _____

Prenatal aprobado: De: _____ A: _____

Fecha de la denegación: _____

Razón de la denegación: _____

Por FC: _____ Fecha: _____

Documentación y formularios de verificación

Por favor proveer los documentos correspondientes que se indican a continuación para el solicitante/esposo o pareja e hijos (si el solicitante es un menor, debe presentarse información sobre los padres) al consejero(a) de asistencia financiera o al Departamento de asuntos relacionados al paciente.

POR FAVOR PRESENTENOS COPIAS DE LA DOCUMENTACIÓN SIGUIENTE

Seguro:

Seguro de Salud SÍ o NO Seguro de Responsabilidad Civil SÍ o NO
Indemn. por accidente de trabajo SÍ o NO MVA (Seg. por Accidente Automovilístico) SÍ o NO
¿Solicitó usted cobertura médica a través de Access Health CT? SÍ o NO

***TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA ES PARA USO DEL PACIENTE, EL CÓNYUGE O PAREJA, LA PAREJA DE HECHO Y LOS HIJOS EN EL HOGAR DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AYUDA FINANCIERA.**

Beneficios federales y estatales:

- Carta de denegación del Departamento de servicios sociales
- Bonos para alimentos / Carta de asistencia en efectivo
- Cobertura médica (Medicaid) del Departamento de servicios sociales
- Carta de Beneficios de Seguro Social

Identificación:

- Licencia de Conducir / Pasaporte / Tarjeta de Residente Permanente / Cédula de Identidad
- Justificante del domicilio actual (facturas de servicios, cable, teléfono)
- Certificado de nacimiento de los hijos

Ingresos: sueldo, salarios, aguinaldo y dividendos

- Planilla de impuestos, W-2 o 1099 presentados más recientemente
- Nóminas más recientes (4 si se pagan semanalmente / 2 si se pagan quincenalmente y 2 si se pagan mensualmente)
- Carta del empleador o propia certificada por notario
- Historial de subsidios por desempleo (si cobra subsidio por desempleo)
- Si está desempleado, por favor presente una carta certificada por notario que indique cómo se mantiene.
- Pensión alimenticia y manutención de los hijos (documento de la corte o carta certificada por notario en que se indique el monto recibido)

Activos:

- Extractos de cuenta bancaria más recientes de todos los miembros del hogar.
(de cheques, ahorros, CD, 401K, 403B)
 - SÍ o NO En caso de no tener cuenta bancaria, por favor firmar con las iniciales _____
- ¿Posee usted alguna propiedad además de su residencia principal?
 - SÍ o NO En caso afirmativo, ingresos por alquiler \$ _____

Información sobre la residencia:

- Recibo de alquiler / Contrato de arrendamiento o declaración de hipoteca
- Carta del propietario o propia certificada por notario (monto que usted paga mensualmente en concepto de alquiler)
- Carta del albergue/refugio

Pre-natal:

- Contrato pre-natal (contrato Optimus/TSH)