

Solicitud de Asistencia Financiera
(La solicitud debe llenarse **EN SU TOTALIDAD**)

Fecha de la solicitud: ____/____/____

Datos del paciente:

Apellido: _____ Primer nombre _____ Segundo nombre (iniciales): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de seguridad social: ____-____-____

Domicilio: _____ Departamento N.º _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Número telefónico del hogar: (____) _____ Otro: (____) _____

Dependientes que viven en el hogar:

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

Información relativa a los ingresos:

Ingresos	Paciente	Cónyuge
Empleador		
Salario bruto		
Manutenciones percibidas por hijo/ del ex cónyuge		
Jubilación		
Beneficios por desempleo		
Beneficios de seguridad social		
Ingresos por locaciones		
Otros ingresos		
Cupones para alimentos		
Ingresos totales		

Sírvase presentar copia de la documentación disponible en la lista adjunta de Formulario de Documentación y Verificación. Los pacientes deben presentar esta información dentro de los 15 días siguientes a la recepción de la solicitud. Toda información suministrada, analizada o registrada respecto de esta solicitud tiene carácter confidencial. Si tiene dudas o precisa ayuda extra, comuníquese con la Consultoría de Asistencia Financiera a los números (203) 276-7515 o (203) 276-4831 del Departamento Comercial del Paciente.

Información adicional que el solicitante desee se tenga en consideración:

Por medio de la presente solicito asistencia financiera de Stamford Hospital, incluido el acceso a fondos para camas gratuitas que se encuentren a mi disposición y de los que puedo ser beneficiario. Comprendo que la información que he suministrado se encuentra sujeta a verificación por parte de Stamford Hospital. Hago constar que la información proporcionada más arriba es fiel y correcta. Comprendo que he solicitado ser beneficiario de asistencia pública, en caso de que reúna los requisitos necesarios.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Sírvase tener en cuenta que si no completa esta solicitud ni suministra la información exigida dentro del plazo indicado, la tramitación de la solicitud podrá sufrir demoras y llevar a una decisión en contra de otorgarle el beneficio.

PARA USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL

N.º de historia clínica: _____

Número de integrantes del grupo familiar: _____

Nivel de asistencia financiera aprobada: _____ @ _____ %

PAF aprobada: Desde: _____ Hasta: _____

Atención prenatal aprobada: Desde: _____ Hasta: _____

Fecha del rechazo: _____

Motivo del rechazo: _____

Por CF: _____ Fecha: _____

Formularios de documentación y verificación

Por favor presente la documentación que corresponda de la siguiente lista con respecto al solicitante/cónyuge, pareja e hijos (si el solicitante fuera menor, se debe suministrar los datos de los padres) a su Consultor de Asistencia Financiera o al Departamento de Servicios Comerciales del Paciente.

POR FAVOR PRESENTE COPIAS DE LA DOCUMENTACIÓN ENUMERADA A CONTINUACIÓN:

Seguro:

Salud SÍ o NO Responsabilidad civil SÍ o NO
Indemnización por accidente laboral SÍ o NO Accidentes automovilísticos SÍ o NO
¿Ha solicitado cobertura financiera en Access Health CT? SÍ o NO

***DEBE BRINDAR TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA RESPECTO DEL PACIENTE, SU PAREJA O CONCUBINO E HIJOS QUE INTEGREN EL GRUPO FAMILIAR.**

Beneficios federales y estatales:

- Carta de rechazo del Departamento de Servicios Sociales
- Carta de cupones para alimentos/asistencia en dinero
- Cobertura médica del Departamento de Servicios Sociales (Medicaid)
- Carta de beneficios de seguridad social

Identificación:

- Foto identificatoria/licencia de conducir/pasaporte/tarjeta de residencia permanente
- Constancia de domicilio actual (facturas de servicios públicos, televisión por cable, teléfono)
- Certificado de nacimiento de los hijos

Ingresos: salarios, propinas y dividendos

- Última declaración jurada que haya presentado y formularios W-2 o 1099
- Últimos recibos de sueldo (los últimos 4, si percibe un pago semanal/ los últimos 2, si percibe un pago quincenal y los últimos 2 si percibe un salario mensual)
- Carta del empleador o del propio interesado, con certificación notarial
- Antecedentes de pagos por desempleo (si percibe prestaciones por este concepto)
- Si se encuentra desempleado, por favor presente una carta con certificación notarial en la que indique cómo se gana la vida
- Manutención o pensión pagada por el ex cónyuge (documento del juzgado o carta con certificación notarial en la que se indique el monto que percibe)

Información sobre residencia:

- Recibo de alquiler/declaración de locación o hipoteca
- Carta con certificación notarial del propietario o del propio interesado (que indique el monto que paga de alquiler todos los meses)
- Carta del refugio

Financial Assistance Application
*(Application Must Be **COMPLETELY** Filled Out)*

Date of Request: ____/____/____

Patient information:

Last name: _____ First Name _____ Middle Initial ____

Date of Birth: ____/____/____ Social Security Number: ____-____-____

Address: _____ Apt # _____

City: _____ State: _____ Zip code: _____

Home Telephone# (____) _____ Other Telephone# (____) _____

Dependents in household:

	Name	Date of Birth	Relationship to Patient
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Income Information:

Income	Patient	Spouse
Employer		
Gross Wages		
Child Support/Alimony Received		
Pension		
Unemployment Benefits		
Social Security Benefits		
Rental Income		
Other Income		
Food Stamps		
Total Income		



Please provide copies of available documents on the attached list of Documentation and Verification Forms. Patients are to provide this information within 15 days of receiving the application. All information provided, discussed or recorded in relation to this application is confidential. If you have questions or require further assistance contact a Financial Assistance Counselor at (203) 276-7515 or (203) 276-4831 at the Patient Business Department.

Additional information that the applicant wishes to be taken into consideration:

I hereby request financial assistance from Stamford Hospital, including access to hospital bed funds that may be available and for which I may be eligible. I understand that the information which I have submitted is subjected to verification by Stamford Hospital. I certify that the above information is true and correct. I understand that I may be asked to apply for public assistance, if eligible.

Applicant's Signature: _____ Date: _____

Please note that failure to complete this application and provide the information requested within the time allotted will delay processing of your request and may result in a determination that you are not eligible for financial assistance.

FOR HOSPITAL USE ONLY

MR#: _____

Family Size# _____

Financial Assistance Level Approved: _____ @ _____ %

FAP Approved: From: _____ To: _____

Prenatal Approved: From: _____ To: _____

Denied Date: _____

Reason for Denial: _____

By FC: _____ Date: _____

Documentation and Verification Forms

Please provide applicable documents listed below for applicant/spouse or significant other and children (if applicant is a minor provide parents information) to your Financial Assistance Counselor or the Patient Business Services Department.

PLEASE PROVIDE US WITH COPIES OF THE FOLLOWING DOCUMENTATION

Insurance:

- | | | | |
|---|---|-----------|---|
| Health | <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO | Liability | <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO |
| Workers comp | <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO | MVA | <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO |
| Have you applied for insurance coverage with Access Health CT <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO | | | |

***ALL INFORMATION REQUESTED IS FOR PATIENT, SPOUSE, SIGNIFICANT OTHER, PARTNER AND CHILDREN IN THE HOUSEHOLD.**

Federal and State Benefits:

- Department of Social Services Denial Letter
- Food Stamps/Cash Assistance Letter
- Department of Social Services Medical (Medicaid) coverage
- Social Security Benefits Letter

Identification:

- Photo ID / Driver's license/ Passport / Permanent Resident Card
- Proof of Current Address (utility bills, cable, telephone)
- Children's Birth Certificate

Income: wages, salaries, tips, and dividends

- Most Recent Filed Tax Return and W-2 or 1099
- Most Recent Pay Stubs (4 if paid weekly / 2 if paid bi-weekly and 2 if paid monthly)
- Notarized letter from employer or self
- Unemployment payment History (if collecting unemployment)
- If unemployed please provide a notarized letter indicating how you support yourself.
- Alimony and Child Support (Court document or a Notarized letter indicating amount received)

Residence Information:

- Rent Receipt / Lease or Mortgage Statement
- Notarized letter from landlord or self (amount you pay for rent each month)
- Shelter letter