

Solicitud de asistencia financiera
(La solicitud debe completarse en su **TOTALIDAD**).

Fecha de la solicitud: ____/____/____

Información del paciente:

Apellido: _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de Seguridad Social: _____

Dirección: _____ Depto.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono particular: (____) _____ Otro número telefónico: (____) _____

Familiares a cargo

| | Nombre | Fecha de nacimiento | Vínculo con el paciente |
|----|--------|---------------------|-------------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |

Información sobre ingresos

| Ingresos | Paciente | Cónyuge |
|------------------------------------------|----------|---------|
| Empleador | | |
| Salario bruto | | |
| Cuota alimenticia para hijos/ cónyuge | | |
| Jubilación | | |
| Beneficios por desempleo | | |
| Beneficios de la Seguridad Social | | |
| Ingresos por alquiler | | |
| Otros ingresos | | |
| Cupones para alimentos | | |
| Ingresos totales | | |



Le solicitamos que entregue copias de los documentos correspondientes enumerados en la lista adjunta de Formularios de documentación y verificación. Los pacientes deben brindar esta información dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la solicitud. Puede entregarnos sus documentos personalmente o enviarlos por correo a las siguientes direcciones. Toda la información proporcionada, comentada o registrada en relación con esta solicitud es confidencial. Si tiene preguntas o necesita más ayuda, comuníquese con un asesor de asistencia financiera del Departamento de Servicios Comerciales para Pacientes al (203) 276-7515 o al (203) 276-4831.

Dirección postal:
 Stamford Health
 One Hospital Plaza
 Apartado postal 9317
 Stamford, CT 06904

Dirección física:
 Stamford Health
 3001 Summer St; 2.º piso
 Stamford, CT 06905

Información adicional que el paciente desea que se tome en consideración:

Por la presente, solicito asistencia financiera al Stamford Hospital, incluido el acceso a los fondos provenientes de donaciones al hospital que pueda recibir y estén disponibles. Entiendo que la información que he presentado será verificada por el personal del Stamford Hospital. Certifico que la información brindada precedentemente es auténtica y verdadera. Entiendo que, de reunir las condiciones pertinentes, se me puede pedir que solicite asistencia pública.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Tenga en cuenta que si no completa esta solicitud y no brinda la información solicitada dentro del plazo indicado, se retrasará el procesamiento de su solicitud y es posible que determinemos que no reúne las condiciones necesarias para recibir asistencia financiera.

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DEL HOSPITAL

MR#: _____

Family Size# _____

Financial Assistance Level Approved: _____ @ _____ %

FAP Approved: From: _____ To: _____

Prenatal Approved: From: _____ To: _____

Denied Date: _____

Reason for Denial: _____

By FC: _____ Date: _____

Formularios de documentación y verificación

Proporcione los documentos correspondientes que se enumeran más abajo en relación con el solicitante/cónyuge e hijos (si el solicitante es menor de edad, brinde la información de sus padres) a su asesor de asistencia financiera o al Departamento de Servicios Comerciales para Pacientes.

PROPORCIONE COPIAS DE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN

Seguro:

- | | | | |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------|
| Médico | <input type="checkbox"/> SÍ o <input type="checkbox"/> NO | Responsabilidad civil | <input type="checkbox"/> SÍ o <input type="checkbox"/> NO |
| Accidentes laborales | <input type="checkbox"/> SÍ o <input type="checkbox"/> NO | Accidente automotor | <input type="checkbox"/> SÍ o <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Ha solicitado cobertura de seguro en Access Health CT? | | | <input type="checkbox"/> SÍ o <input type="checkbox"/> NO |

*** TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA ES SOBRE EL PACIENTE, EL CÓNYUGE Y LOS HIJOS QUE VIVEN EN EL HOGAR.**

Beneficios federales y estatales:

- Carta de denegación del Departamento de Servicios Sociales
- Cupones para alimentos/Carta de asistencia en efectivo
- Cobertura médica del Departamento de Servicios Sociales (Medicaid)
- Carta de beneficios de la Seguridad Social

Identificación:

- Identificación con foto / licencia de conducir / pasaporte / tarjeta de residencia permanente.
- Constancia de dirección actual (facturas de servicios públicos, cable, teléfono).
- Partida de nacimiento del (de los) menor(es).

Ingresos: sueldos, salarios, propinas y dividendos

- Recibos de sueldo más recientes (4 si recibe pagos semanales / 2 si recibe pagos quincenales y 2 si recibe pagos mensuales).
- Se necesita una carta del empleador o del solicitante si recibe pagos en efectivo o con cheque personal.
- Historial de pagos por desempleo (si cobra beneficios por desempleo).
- En caso de estar desempleado, incluya una carta que indique con qué fondos se mantiene.
- Cuota alimenticia para hijos/cónyuge (documento judicial o carta que indique el monto recibido).
- ¿Es dueño de una propiedad distinta a su residencia principal?
 - SÍ o NO Si la respuesta es afirmativa, indique sus ingresos por alquiler: \$ _____

Impuestos:

- Última declaración impositiva presentada y W-2 o 1099.

Información bancaria:

- Estados de cuenta bancaria más recientes del paciente y su cónyuge (cuenta corriente, caja de ahorro).
 - SÍ o NO Si la respuesta es negativa, escriba sus iniciales: _____

Información de residencia:

- Recibo de alquiler / declaración de arrendamiento o hipoteca.
- Carta del arrendador o del solicitante (suma que paga mensualmente en concepto de alquiler).
- Carta del refugio.