

HOSPITAL BENSON – PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA PACIENTES FORMULARIO DE SOLICITUD

El Hospital Benson reconoce que ciertos pacientes pueden requerir asistencia financiera para el pago de servicios de atención a la salud. El Programa de Asistencia Financiera ha sido elaborado por el hospital en respuesta a las necesidades de estos pacientes.

Anexo se encuentra el formulario de Solicitud de Asistencia Financiera para Pacientes para que usted la llene y la envíe de regreso. La información solicitada en el formulario nos ayudará a determinar si usted califica para recibir la asistencia. Por favor llene el formulario adjunto lo más completo posible y regréselo con las copias de los documentos señalados en la lista a continuación.

- Documentos W-2 y declaración de impuestos más recientes
- Los tres (3) talones de cheques de nómina más recientes
- Carta de verificación de beneficios del año en curso de la Administración de Seguridad Social
- Carta de beneficio de compensación por desempleo
- Copias de estados de cuenta(s) de cheques y/o de ahorros
- Recibos de pago de renta, contrato de arrendamiento, o estado de cuenta de hipoteca
- Carta de manutención o de asistencia con cuarto y comida
- Facturas de servicios públicos
- Acta de divorcio

Las solicitudes incompletas serán denegadas mientras no se cuente con toda la documentación.

Cualquier pregunta que tenga respecto a la solicitud de asistencia financiera o los documentos requeridos, por favor diríjase a la Oficina de Negocios al (520)720-6519 o por correo electrónico a: FAP@bensonthospital.org.

OFICINA DE NEGOCIOS DEL HOSPITAL BENSON

Anexo: Formulario de solicitud

HOSPITAL BENSON - PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA PACIENTES
FORMULARIO DE SOLICITUD

| | | | | | |
|---|--------------------------------------|------------------|--|-----------------------------------|--------------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE | | | SEXO | NÚMERO DE CUENTA DEL PACIENTE | |
| PRIMER NOMBRE DE LA PERSONA AVAL | INICIAL <small>2do NOMBRE</small> | APELLIDO | SEXO | FECHA DE NACIMIENTO | # SEGURIDAD SOCIAL |
| DOMICILIO O APARTADO POSTAL | | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | TELÉFONO |
| PRIMER NOMBRE DEL CÓNYUGE | INICIAL <small>2do NOMBRE</small> | APELLIDO | SEXO | FECHA DE NACIMIENTO | # SEGURIDAD SOCIAL |
| DOMICILIO O APARTADO POSTAL | | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | TELÉFONO |
| # PERSONAS VIVIENDO EN EL HOGAR | | | EL PACIENTE VIVE EN EL HOGAR <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | |
| # DE MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD VIVIENDO EN EL HOGAR | | | # DE HIJOS MAYORES DE 18 DEPENDIENTES | | |
| # DE HIJOS MAYORES DE 18 DEPENDIENTES ESTUDIANTES DE TIEMPO COMPLETO | | | # DE HIJOS MAYORES DE 18 DISCAPACITADOS DEPENDIENTES | | |
| | | | VIVIENDA PROPIA DE RENTA <input type="checkbox"/> | TIEMPO DE VIVIR EN ESTE DOMICILIO | |
| FUENTES DE INGRESO MENSUAL | | CÓNYUGE #1 | CÓNYUGE #2 | HIJOS | TOTAL |
| Empleo | | | | | |
| Seguridad Social | | | | | |
| Compensación Industrial | | | | | |
| Desempleo | | | | | |
| Pensión/Retiro/A anualidades | | | | | |
| Ayuda para hijos dependientes (ADC), Ayuda general (GA), Ayuda alimenticia (Food Stamps) | | | | | |
| Otros (rentas recibidas, manutención de menores, manutención conyugal, etc.) | | | | | |
| TOTAL DE INGRESOS BRUTOS | | | | | |
| GASTOS MENSUALES | | | | | |
| VIVIENDA (RENTA/HIPOTECA) | | AUTOMÓVIL | | AUTOMÓVIL | |
| CUENTA DE UTILIDAD ELÉCTRICA | | CUENTA DE GAS | | CUENTA DE AGUA | |
| CUENTA DE TELÉFONO | | CUENTA DE BASURA | | CUENTA DE CABLE | |
| CUENTA DE TELÉFONO CELULAR | | COMESTIBLES | | OTROS | |
| CUENTA DE CHEQUES (Encierre en un círculo) SÍ / NO | CANTIDAD TOTAL | | NOMBRE DEL BANCO | | |
| CUENTA DE AHORROS (Encierre en un círculo) SÍ / NO | CANTIDAD TOTAL | | NOMBRE DEL BANCO | | |
| CERTIFICO QUE LA PRESENTE INFORMACIÓN ESTÁ COMPLETA Y ES EXACTA EN LA MEDIDA DE MI CONOCIMIENTO. ENTIENDO QUE LA FALSIFICACIÓN DELIBERADA PUEDE LLEVAR A LA DENEGACIÓN DE SU CONSIDERACIÓN. POR ESTE CONDUCTO AUTORIZO AL HOSPITAL A HACER LAS INDAGACIONES NECESARIAS PARA VERIFICAR Y OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL REQUERIDA POR LA INSTITUCIÓN. | | | | | |
| FIRMA DEL AVAL | | | | FECHA | |
| FIRMA DEL CÓNYUGE | | | | FECHA | |

• RELACIÓN ENTRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR: Acta de Divorcio o copia de Certificado de Defunción

• PRUEBA DE RESIDENCIA: Recibo de pago de renta, contrato de renta o estado de cuenta de hipoteca o carta de sustento o de asistencia de cuarto y comida; facturas de servicios públicos

• INGRESOS POR TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR: Los tres (3) más recientes: talones de cheques de nómina o escrito del empleador detallando las cantidades pagadas brutas, Carta de Beneficios Recibidos de Seguridad Social durante el año en curso o Carta de Beneficios por Compensación de Desempleo

• Las formas W-2 y declaraciones de impuestos más recientes