

Estimado solicitante:

Si el pago de sus gastos en atención médica puede crear una dificultad financiera para usted, sírvase llenar esta solicitud. Esta solicitud nos ayudará a determinar nuestras capacidades de reducir dichos gastos por servicios provistos en Dartmouth-Hitchcock. Por favor responda todas las preguntas que resulten aplicables a usted o a su hogar. Toda la información que usted proporciona es confidencial y revisada solamente por el personal que procesa su solicitud.

Si tiene seguro médico también es elegible para asistencia financiera con otros prestadores de servicios de la NH Health Access Network (Red de acceso de NH Health). La NH Health Access Network es una red de hospitales y otros prestadores de atención médica que trabajan para mejorar el acceso a la atención médica para niños y adultos con seguro insuficiente que residan en el estado de New Hampshire.

Antes de que se otorgue cualquier tipo de asistencia financiera, usted debe haber agotado todas las demás fuentes de pago, incluso el seguro médico, la asistencia pública, litigio o responsabilidad de terceros. Por favor use la lista de verificación que aparece a continuación para asegurarse de haber incluido toda la información.

1. Una copia completa de su más reciente declaración federal de impuestos sobre la renta y todos los anexos.
2. Copias de todos los formularios W-2 más recientes.
3. Copias de los tres (3) talones de pago más recientes o un estado de cuenta de su empleador o empleadores
4. Copias de los tres (3) estados de cuenta bancarios más recientes (por ej.: cuentas de ahorros, de cheques, fondos de mercado monetario, cuentas de ahorro tipo IRA, cuentas de retiro tipo 401k, etc.)
5. Copias de estados de cuenta de desempleo y de beneficios de compensación por discapacidad
6. Copias de los beneficios del seguro social o de jubilación
7. Copia de la asignación de cupones para alimentos
8. Copias de estados de cuenta de impuestos sobre bienes inmuebles, fuentes de dividendos y fondos de fideicomisos
9. Copias de notificaciones de asistencia gubernamental (incluso las del Departamento de Salud y Servicios Humanos)

Usted puede recibir asistencia en persona al completar esta solicitud en los siguientes lugares:

Dartmouth-Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 (603) 650-8051	Dartmouth-Hitchcock Concord 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	Dartmouth-Hitchcock Manchester 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 695-2692	Dartmouth-Hitchcock Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	Dartmouth-Hitchcock Keene 580-590 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5454 extensión: 4444
---	--	---	---	--

Usted seguirá siendo financieramente responsable por cualquier servicio que reciba hasta que su solicitud completa sea recibida. Si no nos hemos comunicado con usted en los 30 días posteriores al envío de su solicitud, o si necesita ayuda para llenar esta solicitud, por favor llame a uno de nuestros Representantes de pacientes al teléfono (844) 647-6436.

El horario de atención es de 9:00 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes.

Las solicitudes completas deben ser enviadas a la siguiente dirección

Dartmouth-Hitchcock Medical Center
 Attn: PFS - Level 3 - NSA
 One Medical Center Drive
 Lebanon, NH 03756-0001
 No. de fax (603) 650-6142

Solicitud de asistencia financiera

1. Información del paciente:

Apellido Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de seguro social		Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Tiempo que ha estado en esta dirección
Dirección postal	Ciudad	Estado		Código postal
Teléfono particular	Teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Unión civil
		<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viudo
		<input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU	<input type="checkbox"/> Residente de New Hampshire	

2. Persona responsable de pagar la factura

Apellido social	Nombre	Inicial del Segundo	Relación o parentesco con el paciente	Número de seguro social
Dirección, si es distinta a la del paciente		Teléfono particular		Teléfono del trabajo
Nombre de la compañía de seguro médico			Fecha de entrada en vigor	

3. ** Por favor indique a TODAS las personas que viven en su hogar, incluso el solicitante: Utilice una hoja de papel adicional si es necesario

NOMBRE	RELACIÓN O PARENTESCO CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	NO. DE SEGURO SOCIAL
1	Uno mismo		
2			
3			
4			
5			
6			

4. Esta solicitud, ¿es para servicios futuros o pasados? Futuros Fecha(s) del(de los) servicio(s) anterior(es): _____

5. Por favor llene esta sección si alguien en su hogar tiene seguro médico:

Seguro médico (Plan/Nombre) _____, Cuenta de ahorros para gastos médicos (marque con un círculo) – Sí No **Quién:** _____

No. de póliza/No. de ID _____ Deducible: _____

Medicare Parte A _____, Medicare Parte B _____ Recibe asistencia para pagar Medicare Parte B _____ **Quién:** _____

6. ¿Alguien en su hogar ha solicitado Medicaid? Sí No

Quién: _____ En caso afirmativo, si usted es rechazado por favor presente una copia de la notificación de denegación de Medicaid.

7. ¿Ha solicitado asistencia financiera en otro lugar? Sí No En caso afirmativo, dónde: _____

8. ¿Alguien en su hogar está embarazada? Sí No

9. ¿Alguien en su hogar ha estado en el ejército? Sí No **Quién:** _____

10. ¿Recientemente ha presentado un reclamo de compensación por un accidente de trabajo o accidente automovilístico? Sí No **Fecha:** _____

11. ¿Alguien en su hogar es elegible para beneficios de Seguro social? Sí No **Quién:** _____

12. ¿Alguien más lo puede reclamar en su declaración de impuestos sobre ingresos? Sí No **Quién:** _____

13. INFORMACIÓN DEL HOGAR	PERSONA NO. 1	PERSONA NO. 2	PERSONA NO. 3
---------------------------	---------------	---------------	---------------

*NOMBRE de cada integrante del hogar: _____

Nombre del empleador: _____

Ingreso mensual bruto de:

Empleo:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Empleo por cuenta propia:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Cuentas de inversión:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Alquiler de propiedad inmobiliaria:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Desempleo: (desde (___/___/___))	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Jubilación:	\$ _____		
(Seguro social, pensión, anualidad)			
Pensión alimenticia/manutención infantil:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Asistencia pública, cupones para alimentos:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otro ingreso:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Ahorros e inversiones:

Saldos de cuentas de cheques	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ahorros y saldos de cuentas de certificados de depósito	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Cuentas de ahorro tipo IRA, cuentas de retiro tipo 403b, 401k:			
Especifique: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otros ahorros e inversiones:			
Especifique: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Otro:

Automóvil: Año, marca, modelo _____

Vehículo recreativo: Año, marca, modelo _____

14. GASTOS DEL HOGAR

Pago mensual de renta: \$ _____ o Pago de hipoteca: \$ _____ Saldo del préstamo hipotecario: \$ _____

Monto del impuesto sobre bienes inmuebles no incluido en el monto de pago indicado más arriba: \$ _____ Valor de la vivienda: \$ _____

¿Tiene propiedades distintas a la residencia principal? Sí No En caso afirmativo, valor \$ _____ Saldo de la hipoteca: \$ _____

Si la otra propiedad es un negocio, indique la dirección: _____

Pago mensual del préstamo: \$ _____ Pagado a: _____ Por: _____

Parte D de Medicare descontado del cheque de Seguro social: Sí No Monto: \$ _____

Servicios públicos	\$ _____	Seguro (de automóvil/de vida/de propiedad)	\$ _____	Otro: _____	\$ _____
Pensión alimenticia/manutención	\$ _____	Prima del seguro médico	\$ _____	Otro: _____	\$ _____
Cuidado infantil	\$ _____	Facturas de atención médica	\$ _____	Otro: _____	\$ _____
Subsistencia (gasolina, alimentos, ropa)	\$ _____	Medicamentos	\$ _____	Otro: _____	\$ _____

15. ASIGNACIÓN DE DERECHOS <i>Lea con atención</i>

Al firmar a continuación, autorizo la solicitud para obtener mi informe de crédito o mi declaración de impuestos. Comprendo que para procesar esta solicitud se necesita una declaración de impuestos, y que es posible que se solicite más información antes de que pueda determinarse mi elegibilidad. En caso de que yo no haya divulgado por completo, o haya declarado de manera imprecisa cualquier ingreso o activos, cualquier acuerdo para brindarle un descuento de atención de beneficencia sería nulo e invalidado y sería retroactivo a la fecha en que se debía la factura. Es posible que yo sea responsable de todo y cualquier honorario legal durante el proceso de cobranza.

Todos los integrantes del hogar, que sean adultos y que firman a continuación, autorizan la divulgación de cualquier información médica, financiera o de empleo que se relacione directamente con su atención médica o con su elegibilidad para recibir asistencia financiera. Esta información puede ser proporcionada a cualquier prestador de atención médica a quienes hayan acudido los integrantes del hogar para solicitar servicios de atención médica o asistencia financiera. Toda la información proporcionada seguirá teniendo carácter confidencial conforme a las estipulaciones de las regulaciones federales de HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud). Los procedimientos optativos pueden no ser considerados para recibir asistencia.

Acepto que reembolsaré la asignación de asistencia financiera en su totalidad en caso de recibir cualquier tipo de pago por los servicios médicos cubiertos por esta solicitud, por ejemplo, pagos del seguro médico, pagos de un plan gubernamental, asignación proveniente de una demanda, así como cualquier otro pago.

En caso de recibir asistencia financiera, acepto informar a la organización en la que inicialmente hice la solicitud sobre cualquier cambio que pudiera afectar mi elegibilidad, incluso los cambios en el tamaño de la familia, ingreso y cobertura de seguro médico. Comprendo que si mi/nuestra situación médica cambia de manera tal que yo/nosotros pueda/podamos ser elegible/s para un programa de asistencia público, necesito presentar una solicitud para dicho programa y entregar un comprobante de haberla presentado.

Firma del solicitante	Fecha	Firma del solicitante conjunto	Fecha
-----------------------	-------	--------------------------------	-------