

Estimado solicitante:

Si el pago de sus gastos de atención médica puede crear una dificultad financiera para usted, sírvase llenar esta solicitud. Esta solicitud nos ayudará a determinar nuestra capacidad para reducir esos gastos por servicios prestados en cualquier centro Dartmouth-Hitchcock, Cheshire Medical Center y Alice Peck Day Memorial Hospital. 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 proveedores de la Red de Acceso a la Atención de la Salud de New Hampshire. La Red de Acceso a la Atención de la Salud de New Hampshire 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.

	Requerido	N/A
1. Una copia completa de su declaración de impuestos federales más reciente y todos los anexos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Copias de todos los formularios W-2 más recientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Copias de los tres (3) talones de pago más recientes o una declaración de su empleador o empleadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Copias de los tres (3) estados de cuentas bancarias más recientes (por ejemplo, ahorros, cuentas corrientes, fondos del mercado monetario, cuentas IRA, cuentas 401(k), etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Copias de desempleo, declaraciones de beneficios de compensación por discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Copias de los beneficios del seguro social y/o beneficios de pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Copia de la asignación de cupones de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Copias de fuentes de dividendos, fondos fiduciarios y declaraciones de impuestos a la propiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Copias de avisos de asistencia gubernamental		
Avisos del Departamento de Salud y Servicios Humanos (todas las páginas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cartas de pagos para reducir sus ingresos de Medicaid, copias de avisos de denegación de Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avisos de los planes de asistencia para el pago de primas y seguros del Mercado de Seguros Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 Local: (603) 650-6222	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 Local: (603) 354-5430	Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Dr. Lebanon, NH 03766 (603) 443-9579
--	--	---	---	--	---

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 lunes a viernes de 9:00 a.m. a 4:30 p.m.

Las solicitudes completadas deben enviarse a una de las siguientes direcciones:

Dartmouth Hitchcock Medical Center
One Medical Center Dr. PFS: Level 3 FAA
Lebanon, NH 03766
FAX: (603) 442-5135

Dartmouth-Hitchcock/Cheshire
580-590 Court St. PFS: FAA
Keene, NH 04431
FAX: (603) 354-6596

Alice Peck Day Memorial Hospital
10 Alice Peck Day Drive FAA
Lebanon, NH 03756
FAX: (603) 650-6142

Solicitud de Asistencia Financiera

Alice Peck Day Memorial Hospital
 Attn: FAA
 10 Alice Peck Day Dr., Lebanon, NH 03766

1. Información del paciente:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Tiempo de residencia en esa 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 estadounidense		<input type="checkbox"/> Residente de NH

2. Persona responsable de pagar la factura

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Relación o parentesco con el paciente	Número de Seguro Social
Dirección, si es distinta de 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, incluido el solicitante: Utilice una hoja de papel adicional si es necesario

NOMBRE	PARENTESCO O RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	No. DE SEGURO SOCIAL	Solicita Sí/No
1	Paciente			
2				
3				
4				
5				
6				

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

5. Si alguien en su hogar tiene seguro médico, complete esta sección:
 Seguro médico (Plan/Nombre) _____, Cuenta de ahorros para gastos médicos (marcar) – 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. ¿Alguna persona 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 centro? Sí No Si es así, ¿dónde? _____

8. ¿Hay alguna mujer embarazada en su hogar? Sí No

9. ¿Alguna persona en su hogar ha prestado servicios en el ejército? Sí No **Quién:** _____

10. ¿Ha presentado recientemente una reclamación de Compensación de Trabajadores o por accidente vehicular? Sí No **Fecha:** _____

11. ¿Alguna persona en su hogar es elegible para beneficios del Seguro Social? Sí No **Quién:** _____

12. ¿Alguna otra persona lo incluye como dependiente en su declaración de impuestos? Sí No **Quién:** _____

13. INFORMACIÓN DEL HOGAR	PERSONA 1	PERSONA 2	PERSONA 3
---------------------------	-----------	-----------	-----------

* NOMBRE de cada integrante del hogar: _____

Nombre del empleador: _____

Fuentes de ingresos brutos mensuales:

Empleo:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Trabajo por cuenta propia:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Cuentas de inversión:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Alquiler de bienes inmuebles:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Desempleo: (desde <u> </u> / <u> </u>)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Jubilado:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(Seguro social, jubilación, anualidad)			
Pensión alimenticia/manutención infantil:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Asistencia pública, cupones de alimentos:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otros ingresos:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Ahorros e inversiones:

Estados de cuenta de cuenta de cheques	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Estados de cuenta de cuenta de cheques	\$ _____	\$ _____	\$ _____
IRA, 403(b), 401(k):			
Especificar: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otros ahorros e inversiones:			
Especificar: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Otros:

Automóvil: Año, marca, modelo	_____	_____	_____
Vehículo recreativo: Año, marca, modelo	_____	_____	_____

14. GASTOS DEL HOGAR

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

Importe del impuesto a la propiedad no incluido en el monto del pago anterior: \$ _____ Valor de la propiedad: \$ _____

¿Es usted dueño de otra propiedad que no sea su residencia principal? Sí No Si es así, 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 (automóvil/ vida/propiedad)	\$ _____	Otro: _____	\$ _____
Pensión alimenticia/ manutención infantil	\$ _____	Prima del seguro médico	\$ _____	Otro: _____	\$ _____
Cuidado infantil	\$ _____	Facturas de atención médica	\$ _____	Otro: _____	\$ _____
Subsistencia (gasolina, alimentos, ropa)	\$ _____	Medicamentos	\$ _____	Otro: _____	\$ _____

15. CESIÓN 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 brindarte 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 Transferencia y Responsabilidad de los 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 pueda (nosotros podamos) ser elegible(s) para un programa de asistencia pública, necesito presentar una solicitud para dicho programa y entregar un comprobante de haberla presentado.

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