

Estimado solicitante:

Si el pago de sus gastos de atención médica le puede crear una dificultad financiera, sírvase llenar esta solicitud.

Esta solicitud nos ayudará a determinar nuestra capacidad para reducir esos gastos por los servicios prestados en cualquier sede de Dartmouth Health. Por favor, responda todas las preguntas correspondientes 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 NH. La Red de Acceso a la Atención de la Salud de NH es una red de hospitales y otros proveedores de atención médica que trabajan para mejorar el acceso a la atención médica para niños y adultos con seguro insuficiente que residen en el estado de New Hampshire.

Antes de que se le otorgue cualquier tipo de asistencia financiera, usted debe haber agotado todas las demás fuentes de pago, incluido el seguro médico, 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.

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

Usted seguirá siendo financieramente responsable por cualquier servicio que se le preste hasta que se reciba su solicitud completa. 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 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 Drive PFS: Level 3 FAA Lebanon, NH 03756 Fax: (603) 640-1913	New London Hospital PO Box 2150 Attn: Financial Counselor New London, NH 03257 Fax: (603) 643-7364	Cheshire Medical Center 580 Court Steet PFS: FAA Keene, NH 03431 Fax: (603) 643-7363	Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH) 88 Prospect St. White River Junction, VT 05001 Fax: (603) 640-1913	Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive FAA Lebanon, NH 03766 Fax: (603) 640-1913
---	--	---	---	---

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

Dartmouth-Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 (603) 650-6222	Dartmouth-Hitchcock Clinics Manchester 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 629-8293	Cheshire Medical Center 580 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5430	New London Hospital 273 County Road New London, NH 03257 (603) 526-5082
Dartmouth-Hitchcock Clinics Concord 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	Dartmouth-Hitchcock Clinics Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive Lebanon, NH 03766 (603) 308-0007	

Solicitud de asistencia financiera

1. Información del paciente

Apellido(s) Nombre Inicial del segundo nombre Nro. de seguro social Fecha de nacimiento

Dirección Ciudad Estado Código postal Tiempo de residencia en esa dirección

Dirección postal Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono del hogar Número de teléfono del trabajo

- Soltero Casado Unión civil
 Separado Divorciado Viudo
 Ciudadano estadounidense Residente de NH

2. Persona responsable de pagar la factura

Apellido(s) Nombre Inicial del segundo nombre Nro. de seguro social Fecha de nacimiento

Dirección, si es distinta a la del paciente Número de teléfono del hogar Número de teléfono del trabajo

Nombre de la compañía de seguro médico Fecha de vigencia

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

Nombre Relación con el paciente Fecha de nacimiento Nro. de seguro social Solicitante Sí/No

1 Yo mismo

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 de salud (plan/nombre), _____ Cuenta de ahorros de salud (marque con un círculo) Sí No Quién: _____

No. de póliza/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, y si fue 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 sido militar? Sí No *Quién:*
10. ¿Ha presentado recientemente una reclamación por compensación de trabajadores o 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:*

Solicitud NHHAN, revisada el 5/julio/2022

13. Información de bienes del hogar

	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Nombre de cada integrante
<i>del hogar:</i>	_____	_____	_____	_____
<i>Nombre del empleador:</i>	_____	_____	_____	_____
Fuentes de ingresos brutos mensuales:				
<i>Empleo:</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
<i>Trabajo por cuenta propia:</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
<i>Cuentas de inversión:</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
<i>Desempleo:</i>	\$ desde MM / DD / AAAA	\$ desde MM / DD / AAAA	\$ desde MM / DD / AAAA	
<i>Jubilación:</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
<i>Alquiler de bienes inmuebles:</i>	_____	_____	_____	
<i>(Seguro Social, pensión, anualidad)</i>				
<i>Pensión alimenticia/manutención infantil:</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
<i>Asistencia pública; cupones de alimentos:</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
<i>Otros ingresos:</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
Ahorros e inversiones:				
<i>Saldos de cuenta corriente:</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
<i>Saldos de cuenta de ahorro y certificado de depósito:</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
<i>(IRA, 403B, 401K):</i>				
<i>Especificar:</i>	_____	\$ _____	\$ _____	
<i>Otros ahorros e inversiones:</i>	_____	\$ _____	\$ _____	
<i>Especificar:</i>	\$ _____			
	\$ _____			

14. Gastos del hogar

Pago mensual de alquiler: \$ _____ *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 del Seguro Social: Sí Sin monto: \$ _____

Servicios públicos \$ _____ *Seguro (automóvil/vida/propiedad)* \$ _____ *Otros:* \$ _____

Pensión alimenticia/manutención infantil \$ _____ *Prima del seguro médico* \$ _____ *Otros:* \$ _____

Cuidado infantil \$ _____ *Facturas de atención médica* \$ _____ *Otros:* \$ _____

Subsistencia (gasolina, alimentos, ropa) \$ _____ *Medicamentos* \$ _____ *Otros:* \$ _____

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 divulgue por completo, o declare de manera imprecisa cualquier ingreso o activos; cualquier acuerdo para recibir un descuento de atención de beneficencia sería nulo y 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 adultos del hogar que firman a continuación, autorizan la divulgación de cualquier información médica, financiera o laboral que se relacione directamente con su atención médica o con su elegibilidad para recibir asistencia financiera. Esta información puede ser proporcionada a cualquier proveedor 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 la Ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud). Los procedimientos electivos 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 o cualquier otro pago.

En caso de recibir asistencia financiera, acepto informar a la organización con 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 tal manera que yo puedo/nosotros podemos ser elegible(s) para un programa de asistencia pública, necesito/necesitamos presentar una solicitud para dicho programa y entregar un comprobante de haberla presentado.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Firma del solicitante conjunto _____ Fecha _____