

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) 650-6142	New London Hospital PO Box 2150 Attn: Financial Counselor New London, NH 03257 Fax: (603) 526-5085	Cheshire Medical Center 580 Court Steet PFS: FAA Keene, NH 03431 Fax: (603) 354-6533	Mt. Ascutney Hospital and Health Center Attn: Financial Counselor 298 County Road Windsor, VT 05089	Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive FAA Lebanon, NH 03766 Fax: (603) 650-6142
---	--	---	---	---

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	Mt. Ascutney Hospital and Health Center 298 County Road Windsor, VT 05089 (802) 674-7233

13. Información de bienes 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 MM / DD / AAAA	desde MM / DD / AAAA	desde MM / DD / AAAA
Jubilación: (Seguro Social, pensión, anualidad)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia/manutención infantil:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Asistencia pública; cupones de alimentos:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otros ingresos:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ahorros e inversiones:			
Saldos de cuenta corriente:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Saldos de cuenta de ahorro y certificado de depósito: (IRA, 403B, 401K):	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Especificar: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otros ahorros e inversiones: Especificar: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

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 _____