



Estimado solicitante:

Complete esta solicitud si le resulta difícil pagar su atención médica.

Esta solicitud nos ayuda a decidir si podemos reducir sus costos de atención médica por los servicios en los centros de Dartmouth Health. Responda todas las preguntas para usted y su familia. Su información es confidencial. Solo se compartirá con el personal que procese su solicitud.

Si sus ingresos y su estado migratorio califican para Medicaid, tendrá que presentar una solicitud. Podemos ayudarle a hacerlo. Si tiene un accidente, tendrá que agotar otras fuentes de pago, como la responsabilidad de terceros.

Necesitamos un comprobante de sus ingresos y activos líquidos para ver si califica para recibir asistencia financiera. Debe proporcionar la siguiente información:

Documentos requeridos

- **Ingresos:** Una copia completa de su declaración federal de impuestos más reciente y todos los anexos y formularios (como 1040, 1099, etc.). Nota: Si usted no declara impuestos o esto no refleja sus ingresos actuales, consulte las opciones de documentación alternativas indicadas a continuación.
- **Activos líquidos:** Copia de los dos (2) estados bancarios u otros estados financieros más recientes (por ejemplo, cuentas de ahorros, cuentas corrientes, mercado monetario, etc.) para cada cuenta de la persona que presenta la solicitud.

Documentación de ingresos alternativos

- **Si está empleado:** Copias de los dos (2) talones de pago más recientes de todos los empleadores para cada persona que presente la solicitud. Si no están disponibles, proporcione una declaración escrita del empleador con información sobre los ingresos.
- **Si está desempleado:** Copia de la declaración de beneficios de desempleo, si corresponde (por ejemplo, cheque, estado de cuenta, en línea, etc.).
- **Si trabaja por cuenta propia:** Declaración de pérdidas y ganancias de los últimos 3 meses.
- **Si es propietario de una propiedad de alquiler:** Ingresos por alquiler: copia del Anexo E actual del formulario del IRS.
- **Si recibe beneficios por discapacidad del Seguro Social:** Copia de la declaración/carta de adjudicación de beneficios de compensación por discapacidad, estado de cuenta, en línea, etc.
- **Si recibe ingresos del Seguro Social, pensión o jubilación:** Copia de su carta de adjudicación, talón de cheque, estado de cuenta, etc. Nota: No es necesario proporcionar ingresos de seguro suplementarios.
- **Otros tipos de ingresos:** Si recibe ingresos que no estén indicados aquí, llame a nuestros defensores de pacientes al 844-647-6436 para determinar la documentación necesaria.

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 completar esta solicitud, llame a uno de nuestros representantes de pacientes al 844-647-6436. **El horario de atención es lunes a viernes de 9 am a 4:30 m.**

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

Dartmouth Hitchcock
Medical Center
One Medical Center Drive,
Lebanon, NH 03756
603-650-6222

Dartmouth Hitchcock
Clinics Concord
253 Pleasant Street
Concord, NH 03301
603-229-5080

Dartmouth Hitchcock
Clinics Manchester,
100 Hitchcock Way
Manchester, NH 03104
603-629-8293

Dartmouth Hitchcock
Clinics Nashua
2300 Southwood Drive
Nashua, NH 03063
603-577-4055

Cheshire Medical Center
580 Court Street
Keene, NH 03431
603-354-5430

Alice Peck Day
Memorial Hospital
10 Alice Peck Day Drive,
Lebanon, NH 03766
603-308-0007

New London Hospital
273 County Road
New London, NH 03257,
603-526-5503

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

Valley Regional Hospital
243 Elm Street
Claremont NH 03743
603-543-6947

Las solicitudes completadas deben enviarse a la siguiente dirección:

Dartmouth Hitchcock
Medical Center
One Medical Center
Drive, PFS: Level 3 FAA,
Lebanon, NH 03756
Fax: 603-640-1913

Solicitud de asistencia financiera

1. Información del paciente

Apellido(s)	Nombre	Inicial del segundo nombre	No. de SS	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección postal (si es diferente de la anterior)	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono del hogar		Teléfono del trabajo		
☐ Soltero ☐ Casado ☐ Unión civil ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo				

2. Indique todos los dependientes que viven en su hogar fiscal.

(El hogar se define como uno mismo, el cónyuge/pareja de hecho y todos los dependientes).

	Nombre	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	No. de SS	Solicita Sí/No
1	Usted				
2					
3					
4					
5					
6					

3. ¿Esta solicitud es para servicios futuros o pasados? ☐ Futuros ☐ Pasados Fechas de servicios previos: _____

4. Si alguien en su hogar tiene seguro médico, complete esta sección:

Seguro médico (Plan/Nombre), _____ Cuenta de ahorros para gastos médicos ☐ Sí ☐ No Quién: _____

No. de póliza/ID _____ Deducible: _____

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

5. ¿Alguien de su hogar ha solicitado Medicaid? ☐ Sí ☐ No Quién: _____

En caso afirmativo, y si fue rechazado, presente una copia de la notificación de denegación de Medicaid.

6. ¿Hay alguna persona embarazada en su hogar? ☐ Sí ☐ No

7. ¿Alguna persona en su hogar ha servido en las fuerzas armadas? ☐ Sí ☐ No Quién: _____

8. ¿Ha presentado recientemente una reclamación por compensación de trabajadores o accidente vehicular?

☐ Sí ☐ No Fecha: _____

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

10. ¿Alguna otra persona lo incluye como dependiente en su declaración de impuestos?

☐ Sí ☐ No Quién: _____

11. Información tributaria sobre ingresos familiares y activos líquidos

	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 inmuebles:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Desempleo:	desde MM / DD / AAAA	desde MM / DD / AAAA	desde MM / DD / AAAA
Jubilación: (Seguro Social, pensión, anualidad)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Alimentos: (de liquidaciones anteriores a 2019)	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Ahorros y activos líquidos:

Salos de cuenta corriente:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Salos de cuentas de ahorro y certificados de depósito:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otros ahorros e inversiones líquidas:			
Especificar: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Información adicional

Incluya cualquier otra información sobre su situación financiera actual que desee comunicar, como dificultades para pagar las cuentas, el alquiler o la comida.

Al firmar a continuación, autorizo la solicitud de 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 líquidos, cualquier acuerdo para recibir un descuento de atención de beneficencia será nulo y retroactivo a la fecha en que se adeudó 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 de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA). 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 puedo/podemos ser elegible(s) para un programa de asistencia pública, es posible que deba/debamos presentar una solicitud para dicho programa y proporcionar las pruebas de solicitud.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del solicitante conjunto

Fecha