



Solicitud para Ayuda Financiera Guía para Completarla

Este documento le provee explicaciones adicionales para ayudarle a completar su solicitud para el Programa de Ayuda Financiera.

Información general

Los gastos para atención médica pueden llegar a ser una carga para los pacientes y sus familiares. El Programa de Ayuda Financiera se ha preparado para proveerle ayuda financiera a aquellos que cumplan con nuestras condiciones o normas generales. Nosotros también nos sentimos obligados a controlar los costos de los servicios de salud y a asegurarnos de que las decisiones sobre ayuda financiera se hagan de una manera equitativa y consistente. Por eso es que necesitamos su ayuda a lo largo de este proceso de solicitar ayuda a cualquier programa estatal o federal, como *Medicaid* o *All Kids*, para el que pudiese ser elegible.

A todos los pacientes que soliciten al Programa de Ayuda Financiera se les requiere que completen unas planillas que incluyen información acerca de su situación financiera y familiar. También les pediremos que nos provean documentos tales como las formas de impuestos W-2, talones de cheques de salarios, y declaraciones de los impuestos sobre la renta, para confirmar la información provista. Esta información y los documentos que nos provean nos harán entender mejor y confirmar su situación financiera o familiar específica, para así proveerles los mayores beneficios y asegurarnos que estos fondos de ayuda se otorguen a los que más los necesiten.

La elegibilidad para Ayuda Financiera está basada en sus niveles de ingresos según se comparan con las Normas Federales de Pobreza, el tamaño de la familia y la magnitud de sus facturas médicas.

Estamos concientes de que hay circunstancias especiales que pudiesen afectar su situación financiera y su habilidad para pagar sus facturas del hospital. Por favor, incluya cualquier información que crea necesaria para explicar su situación específica familiar o financiera. Estas circunstancias especiales pudieran tomarse en consideración al determinar la ayuda financiera. Puede explicar cualquiera de las mismas en una página aparte y adjuntarla a su solicitud.

A continuación le explicamos los requisitos de la información específica que le pedimos en la Solicitud para Ayuda Financiera.

Prueba de Ingresos (Página 1)

Por favor provea documentación que confirme los niveles de ingresos que ha presentado en su Solicitud para Ayuda de Financiera. Se requiere la información a continuación; si no pudiese proveerla toda, por favor, incluya una carta explicando por qué no está disponible.

- 1) **Copia de una identificación oficial de la persona responsable** (persona responsable de pagar la cuenta). Algunos ejemplos de identificaciones que se aceptan son cualquiera de los siguientes:
 - a) Licencia de conductor
 - b) Pasaporte
 - c) Visa
 - d) Inscripción de nacimiento
 - e) Tarjeta de identificación internacional emitida por un gobierno extranjero
- 2) **Documentación de sus ingresos actuales.** Esta información requerida depende de sus circunstancias específicas.
 - a) Si usted está **empleado**, por favor provea sus últimos cuatro talones de cheques del sueldo, o una carta verificando su empleo firmada por su empleador en papel con membrete de la empresa.
 - b) Si usted está **empleado por su cuenta**, por favor provea una copia de los estados financieros de su negocio para documentar los ingresos generados por el mismo.
 - c) Si usted está **desempleado**, por favor provea una copia de su carta de despido, incluyendo una carta acerca de cualquier beneficio que le hayan concedido.
 - d) Si a usted lo **contratan** otros, por favor provea copias de la Forma 1099 más reciente que haya recibido, o cualquier otra forma de verificación de ingresos de su empleador, como sería una carta firmada por éste en papel con membrete de la empresa.
 - e) Si usted reportase **Ingreso de la Seguridad Social** en su Solicitud para Ayuda de Alexian, por favor provea una copia de la carta que documente la adjudicación de ese ingreso.
- 3) **Copia completa de su Declaración de Impuestos Federales sobre del año previo.** Por favor incluya con su solicitud copias de todas las planillas y formularios que estaban adjuntos a su declaración.
- 4) **Copia de sus formas de impuestos W-2 o Forma 1099 del año previo.** La información con que preparó su Declaración de Impuestos Federales sobre la Renta en el año previo.
- 5) **Copias completas de los estados de cuenta de su banco de los pasados tres meses.** Debe incluir las cuentas corrientes (de cheques), de ahorros, o de mercado de valores. Por favor incluya copias de todas las páginas de cada estado de cuenta.
- 6) **“Declaración de Mantenimiento” firmada.** Por favor presente esta carta si usted depende de otra persona para ayudarlo a sufragar todos o parte de sus gastos de vida. Esta persona pudiera ser alguno de sus padres, otro familiar, o un amigo que provea todos o parte de sus gastos de vida. Esta carta está en la Página 4 de la Solicitud para Ayuda Financiera.

Información para Determinar Elegibilidad para Ayuda Financiera (Página 2)

Nombre del paciente

Por favor provea el nombre del paciente según aparece en las facturas recibidas.

Número(s) de la(s) factura(s)

Por favor provea todos los números de las facturas incluidas en la solicitud para ayuda.

Nombre de la persona responsable o garante

Solicitud para Ayuda de Financiera
Instrucciones

Por favor provea el nombre de la persona responsable de pagar la factura del paciente. Sería el paciente si tiene más de 18 años de edad; si tiene menos de 18 años de edad, el garante sería el adulto que firmó la forma "Consentimiento para Asistencia Médica" para el paciente.

Número del Seguro Social del persona responsable o del paciente

Por favor provea el número del Seguro Social del paciente. Si otra persona será responsable de la factura del paciente (un garante) provea el número del Seguro Social del garante. Usaremos esta información para determinar la posible elegibilidad para los programas gubernamentales o de otra índole que pudieran proveer fondos para las facturas del hospital del paciente.

Nombre y dirección del empleador y del empleador del cónyuge

Por favor provea nombre y dirección del empleador del paciente o del garante, y del empleador del cónyuge del paciente o del garante. Usaremos esta información como parte de nuestro proceso de verificación. También determinaremos si el empleador provee cualquier seguro que pudiese cubrir todo o parte de las facturas del hospital del paciente.

Si no está empleado, ¿cuál es la fecha del último día en que trabajó?

Por favor indique cuál fue el último día en que trabajó en su empleo previo.

¿Tenía cobertura de seguro en su empleo anterior?

Por favor indique cualquier tipo de cobertura de seguro que tuviese en su último empleo. Bajo las leyes COBRA usted pudiese ser elegible para cobertura de seguro hasta por 18 meses después de terminar su empleo. Cualquier cobertura bajo COBRA pudiese estar disponible para pagar todo o parte de sus facturas del hospital.

Si no está empleado, por favor describa al dorso cómo cubre sus gastos de vida.

Si usted está desempleado, por favor describa cómo está cubriendo sus gastos de vida. En su respuesta puede incluir la ayuda de miembros de la familia, o de su iglesia o grupos comunitarios, o programas de ayuda pública. Si hay alguien responsable de proveerle fondos para ayudarlo con sus gastos mensualmente, por favor complete la Declaración de Mantenimiento en la Página 4 de la Solicitud para Ayuda Financiera.

Por favor indique todos los miembros de su familia que viven con usted.

Por favor provea información acerca de TODOS los miembros de su familia que viven con usted, e indique cuáles están a su cargo. La determinación de la Ayuda Financiera está basada en cálculos que incluyen su nivel de ingresos y el tamaño de su familia.

Forma de Declaración Financiera (Página 3)

Nombre del paciente

Por favor provea el nombre del paciente según aparece en las facturas recibidas.

Número(s) de la(s) factura(s)

Por favor provea todos los números de las facturas incluidas en la solicitud para ayuda.

Nombre de la persona responsable o garante:

Por favor provea el nombre de la persona responsable de pagar la factura del paciente. Sería el paciente si tiene más de 18 años de edad; si tiene menos de 18 años de edad, el garante sería el adulto que firmó la forma "Consentimiento para Asistencia Médica" para el paciente.

Indique el Origen de sus Ingresos Brutos Mensuales (Página 3)

Salario antes de las deducciones de la persona responsable

Por favor indique el salario del paciente o de la persona responsable, antes de las deducciones por los beneficios o por retenciones para los impuestos sobre la renta. A esta cantidad se le llama usualmente Ingreso o Salario Bruto ("*Gross Earnings*" o "*Gross Wages*") en su cheque de pago.

Pensión

Solicitud para Ayuda de Financiera
Instrucciones

Por favor indique cualquier cantidad de dinero que reciba mensualmente de un plan de pensión.

Seguro Social

Por favor indique cualquier cantidad que reciba mensualmente de la Seguridad Social.

Desempleo

Por favor indique cualquier cantidad que reciba mensualmente como compensación por desempleo.

Mantenimiento de niños

Por favor indique cualquier cantidad que reciba mensualmente por mantenimiento de niños.

Ingresos por inversiones

Por favor indique cualquier cantidad que reciba mensualmente en intereses, dividendos u otros ingresos de cualquier inversión que tenga.

Dinero en cuentas corrientes o de ahorros

Por favor indique el balance actual en sus cuentas corrientes y de ahorros.

Valor de la propiedad:

Por favor indique el valor estimado actual de su vivienda. Esta información se usará solamente para ayudar a verificar cualquier otra información presentada con su solicitud.

Activos líquidos (acciones, bonos, cuentas IRA, depósitos CD)

Por favor indique el valor actual de inversiones líquidas, tales como acciones, bonos, cuentas IRA, y certificados de depósitos CD.

Otros

Por favor indique cualquier otra fuente de ingresos o bienes, tales como propiedades para arrendar como inversión, etc.

Gastos Mensuales (Página 3)

Alquiler/Hipoteca/Mantenimiento

Por favor indique la cantidad mensual del pago de su hipoteca (incluya el pago del capital, intereses, impuestos y seguros de propietario, de ser pertinentes).

Seguros médicos

Por favor indique la cantidad mensual del pago de las primas de cualquier seguro médico.

Gastos médicos mensuales

Por favor indique un estimado de la cantidad mensual de sus gastos médicos. Estos pueden incluir servicios en hospitales o de doctores, al igual que medicamentos recetados.

Préstamos

Por favor indique la cantidad mensual que está comprometido a pagar por cualquier préstamo que tenga pendiente. Estos incluyen pagos de automóvil, líneas de crédito sobre el valor de la propiedad, o cualquier otro préstamo.

Otros

Por favor indique cualquier otro pago mensual que haga con regularidad y que sea considerable.

Declaración de Mantenimiento (Página 4)

Esta forma se requiere solamente si usted depende de otra persona para ayudarlo a sufragar todos o parte de sus gastos de vida. Debe presentarla y firmarla la persona que provea los fondos para sus gastos de manutención.