



Formulario de solicitud de asistencia financiera de AdventHealth.

Importante: Es posible que pueda recibir atención gratuita o con descuento: Al completar esta solicitud le ayuda a AdventHealth a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que pueden ayudar a pagar su atención médica. Envíe esta solicitud a la dirección que figura en la carta de presentación.

Si no tiene seguro, no se requiere un número de seguro social para calificar para recibir atención gratuita o con descuento. Sin embargo, se requiere un número de seguro social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No es necesario proporcionar un número de seguro social, pero si lo hace, ayudará a AdventHealth a determinar si califica para algún programa público. Para cualquier pregunta de solicitud marcada como "opcional", su respuesta (o falta de respuesta) no tendrá ningún impacto en el resultado de la solicitud.

Complete este formulario y envíelo a AdventHealth en persona, por correo postal, correo electrónico o fax para solicitar atención gratuita o con descuento lo antes posible después de la fecha del servicio. Aceptaremos su solicitud hasta por 240 días después del primer estado de cuenta de su atención. Al enviar esta solicitud, usted reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información solicitada en la solicitud para ayudar a AdventHealth a determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera. Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de solicitud, puede comunicarse con el departamento de asesoramiento financiero de AdventHealth al 800-462-0490.

Puede informar quejas o inquietudes sobre el proceso de solicitud de descuento para pacientes sin seguro o el proceso de asistencia financiera hospitalaria a la Oficina de Atención Médica del Procurador General de Illinois. La línea directa gratuita de la Oficina de Atención Médica es 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Información del paciente

(Escriba en imprenta y complete todos los campos. Indique N/C en todo lo que no corresponda de cada línea individual de la solicitud).

Fecha: _____ Número de cuenta: _____

Nombre completo (nombre y apellido): _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____ Número de teléfono: _____

Opcional – Identidad de Género – Usted se considera: Hombre Mujer Hombre transgénero/hombre trans/mujer a hombre (FTM)

Mujer transgénero/mujer trans/hombre a mujer (MTF) Genderqueer/género no conforme Ni exclusivamente masculino ni femenino

Categoría de género adicional (u otra)

Opcional: Identidad de género: ¿Qué sexo figuraba originalmente en su certificado de nacimiento? : Masculino Femenino

Opcional: Raza: Blanco Negro o afroamericano Indio americano o nativo de Alaska Indio asiático Chino Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Nativo de Hawái Guameño o chamorro Samoano Otro isleño del Pacífico

Opcional: Etnicidad: Origen hispano, latino o español Mexicano, mexicoamericano, chicano Puertorriqueño Cubano
 Otro origen hispano, latino o español

Opcional: Idioma: ¿Habla otro idioma además del inglés en casa? Sí No
Si respondió Sí, ¿qué idioma?

Opcional: Idioma preferido: Inglés Español Polaco Otro: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal: _____

Opcional: Número de Seguro Social:

Empleador: _____
Situación laboral: _____

Número de teléfono del empleador: _____

Información del responsable/información del tutor legal

(Si el paciente mencionado anteriormente es el mismo que la parte responsable, deje esta sección en blanco).

Nombre completo (nombre y apellido): _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____ Número de teléfono: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de seguro social (opcional): _____

Empleador: _____ Situación laboral: _____

Información del cónyuge de la parte responsable

(Si el paciente es el mismo que la parte responsable, complete la información del cónyuge del paciente).

Nombre completo (nombre y apellido): _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____ Número de teléfono: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de seguro social (opcional): _____

Empleador: _____ Situación laboral: _____

Número de teléfono del empleador: _____

Dependientes de la parte responsable

(Si el paciente es el mismo que la parte responsable, complete la información del cónyuge del paciente).

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con la parte responsable: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con la parte responsable: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con la parte responsable: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con la parte responsable: _____

Cantidad de adultos y niños que viven en el hogar: _____

Ingreso mensual

(Complete los montos en dólares para cada artículo que se enumera a continuación. Proporcione el monto mensual para cada uno).

Ingresos obtenidos por el solicitante: _____

Manutención infantil recibida: _____

Ingresos del cónyuge solicitante: _____

Pensión alimenticia recibida: _____

Beneficios de Seguro Social: _____

Ingresos de propiedades en alquiler: _____

Ingresos de pensión/jubilación: _____

Cupones de alimentos _____

Ingresos por discapacidad: _____

Distribución de fondos fiduciarios recibida: _____

Compensación por desempleo: _____

Otros ingresos: _____

Indemnización laboral: _____

Ingreso mensual bruto total: \$ _____

Ingresos por intereses/dividendos: _____

Gastos básicos mensuales

Los pacientes que presuntamente son elegibles para recibir asistencia financiera como se describe en la Política de asistencia financiera de AdventHealth no están obligados a completar esta sección.

Hipoteca/alquiler: _____

Cuidado de niños: _____

Servicios públicos: _____

Activos

Teléfono (fijo): _____

Teléfono celular: _____

Productos de consumo/comida: _____

Cable/Internet/TV satelital: _____

Pago del automóvil: _____

Manutención infantil/pensión alimenticia: _____

Tarjetas de crédito: _____

Facturas de médico/hospital: _____

Seguro de automóvil: _____

Efectivo/ahorros/cuentas corrientes: _____

Acciones/bonos/inversiones/CD(s): _____

Otros bienes inmuebles/residencia secundaria: _____

Barco/RV/motocicleta/vehículo recreativo: _____

Automóviles de colección/automóviles no esenciales: _____

Cuenta de ahorros para salud/Gastos flexibles: _____

Seguro de vivienda/propiedad: _____

Seguro médico/de salud: _____

Seguro de vida: _____

Otros gastos mensuales: _____

Gastos mensuales totales: \$ _____

Autorizo a AdventHealth a obtener información de agencias de informe de crédito externas. Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la cual pueda ser elegible para ayudar a pagar mis facturas médicas. Entiendo que ADVENTHEALTH puede verificar la información proporcionada y autorizo a AdventHealth a comunicarse con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si a sabiendas proporciono información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que se me haya otorgado podrá revertirse y seré responsable del pago de las facturas.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Comentarios: _____

Carta de apoyo

Número de historia clínica del paciente o número de cuenta: _____

Nombre de quien da su apoyo: _____

Relación con el paciente o solicitante: _____

Dirección de quien da su apoyo: _____

Para AdventHealth: _____

Esta carta tiene la finalidad de informar que (nombre del paciente): recibe ingresos bajos o no recibe ingresos y le estoy ayudando con sus gastos básicos. Esta persona tiene poca o ninguna obligación conmigo.

Al firmar esta declaración, acepto que la información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender.

Firma de la persona que da su apoyo: _____

Fecha: _____

Estimado paciente o solicitante:

En AdventHealth nos motiva la compasión y nos dedicamos a brindar atención personalizada a todos, especialmente a los más necesitados. Es nuestra misión y privilegio ofrecer asistencia financiera a nuestros pacientes. La asistencia financiera está disponible solo para emergencias y atención médicamente necesaria. Gracias por confiar en nosotros para cuidar de usted y su familia en sus necesidades de atención médica.

Le enviamos esta carta y el formulario para solicitar asistencia financiera adjunta porque recibimos su solicitud. Si no lo solicitó, ignórela. Complete ambos lados e incluya su firma y la fecha antes de devolverlo. Si completó una solicitud dentro de los últimos seis meses y recibió aprobación para la asistencia financiera, avísenos. Es posible que no necesite completar una nueva solicitud. No consideraremos una solicitud anterior que tenga más de seis meses.

Junto con la solicitud, proporcione una copia de al menos uno de los siguientes elementos como prueba de ingresos. Si está casado o ha vivido en pareja durante seis meses o más, esa persona también deberá proporcionar una copia de al menos uno de los siguientes elementos como prueba de sus ingresos antes de que se pueda procesar la solicitud.

- Copias de los tres recibos de pago más recientes que le dio el empleador
- Copias de la declaración de impuestos anual más reciente (si trabaja por cuenta propia, incluya todos los anexos)
- Premio del Seguro Social y/o de la pensión o jubilación
- La declaración de impuestos anual más reciente del padre o tutor, si el solicitante es un dependiente que figura en su formulario de impuestos y tiene menos de 25 años
- Otros documentos de validación de ingresos
- Copias de extractos bancarios de los últimos tres meses
- Copia del recibo de beneficios por desempleo

Si recibe asistencia o vive en un hogar con familiares o amigos, pídeles que completen el formulario adjunto denominado Carta de apoyo. Esto no los responsabilizará de sus facturas médicas. Esto ayudará a mostrar cómo puede afrontar los gastos básicos. Si no recibe ayuda de familiares y amigos, no necesita completar la Carta de apoyo.

Finalmente, proporcione también documentación como prueba de sus costos médicos, de farmacia y de medicamentos mensuales pendientes.

Se debe recibir la solicitud completa, junto con el comprobante de ingresos, para que se considere la solicitud. No podemos procesar ni considerar solicitudes incompletas.

Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico que utilizan Internet no son seguras. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información que usted incluye en un correo electrónico pueda ser interceptada y leída por otras partes que no son la persona a quien está dirigida. Queremos proteger su información personal y garantizar que permanezca segura. Dado que la solicitud contiene su número de Seguro Social y otra información privada, le recomendamos que se abstenga de enviarla por correo electrónico.

Imprima y envíe su solicitud completa por correo postal a la siguiente dirección:

AdventHealth
A la atención de: Asistencia financiera
PO Box 935979
Atlanta, GA 31193

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, llame a uno de nuestros asesores financieros al 800-462-0490.

Atentamente,

Servicios financieros para pacientes de AdventHealth