

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social #: _____
 Dirección actual: _____ Teléfono de casa #: _____
 Estado civil: _____ Estado de Empleo: _____ Teléfono Alt #: _____

Si es casado, complete lo siguiente:

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social #: _____
 Estado de empleo del cónyuge: _____

A continuación un listado de los dependientes reclamados en declaración de impuestos (Si se necesita más espacio, adjunte un documento separado):

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Ingresos: _____
 Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Ingresos: _____
 Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Ingresos: _____
 Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Ingresos: _____

Marcar los siguientes si se encuentra con cualquiera de las condiciones mencionadas: (Adjuntar documentación.)

Recibe Medicaid del Estado recibe cupones de alimentos/comidas escolares subsidiadas / WIC / LACHIP /

Sin Hogar/Indigente

Recibe recetas financiadas por el Estado

Fallecido sin cónyuge/Estado

Responsabilidad y/o víctima de crimen violento

Consideraciones de ingresos: (ingresos brutos de trabajo, desempleo, SSI / SSDI, retiro, todas las demás fuentes de ingresos)

Ingreso bruto mensual del paciente: _____ tasa por hora / Horas por semana: _ Fuentes de Ingreso: _____
 Ingreso bruto mensual del cónyuge: _____ tasa por hora / Horas por semana: _ Fuentes de Ingreso: _____
 Otros miembros de la familia que viven en la casa:
 Ingreso bruto mensual: _____ tasa por hora / Horas por semana: _ Fuentes de Ingreso: _____

Los ingresos de la familia se consideran al determinar la ayuda financiera se utiliza lo siguiente cuando se calcula el ingreso y el ingreso familiar:

- Incluye ganancias, compensación por desempleo, indemnización de trabajo, Ingreso de Seguridad Social, Ingreso Suplementario de Seguridad, asistencia pública, pagos a veteranos, prestaciones de sobreviviente, los ingresos de pensiones o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de propiedades, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de los hijos, la asistencia de fuera del hogar, y otras fuentes diversas.
- Determinado sobre una base antes de impuestos. Incluye los ingresos de todos los miembros de la familia que residen juntos y los dependientes reclamados en la declaración de impuestos. (compañeros de casa que no son parientes no cuentan.) Para los dependientes que viven fuera del hogar, el ingreso familiar debe incluir el ingreso del dependiente de una renta junto con el ingreso de aquellos que reclaman el dependiente en su declaración de impuestos.
- El ingreso de la familia también incluye recursos o propiedades que son fácilmente convertibles en efectivo; incluyendo pero no limitado a las cuentas corrientes, cuentas de ahorro, acciones, bonos, certificados de depósito, y dinero en efectivo. El IRA y el 401K se excluyen hasta que se retire el dinero.

Al firmar este documento, Yo, el paciente o cuidador, certifico que la información anterior es verdadera y correcta en lo mejor de mi conocimiento. Por otra parte, si se determina que el solicitante puede calificar para Medicare, Medicaid u otra cobertura de seguro, voy a tomar cualquier acción razonablemente necesaria para obtener dicha asistencia y voy a asignar o pagar el hospital la cantidad recuperada de los gastos del hospital. Si cualquier información que he dado resulta ser falsa, entiendo que el hospital puede volver a evaluar mi situación financiera y tomar cualquier acción que se considere apropiada. También se entiende que llenar esta solicitud no es una garantía de la aprobación en el programa de asistencia financiera FMOL-HS. Si aplica, doy mi consentimiento para revelar mi información a las compañías farmacéuticas solo para fines de auditoría e n programas al por mayor de sustitución de medicamentos a pacientes. Certifico que voy a contactar/notificar a la dependencia en el caso de que tenga un cambio de seguro y o en el ingreso.

Firma del solicitante _____

Fecha: _____

LA VERIFICACIÓN DE INGRESOS Y LA DOCUMENTACIÓN

Se requiere la verificación de ingresos para cualquier solicitud de asistencia financiera. Los siguientes documentos deberán presentarse:

1. Solicitud de asistencia financiera completada
2. Identificación con foto o identificación legal
3. Las declaraciones de impuestos más recientes del paciente/garante, la familia que vive en la casa, y los dependientes reclamados en la declaración de impuestos del paciente/garante . Si el paciente/garante no está obligado a presentar los impuestos federales (debido a los bajos ingresos o sin ingresos), se requiere una declaración de parte del IRS.

Teléfono gratuito del IRS: 1-800-908-9946 o 800-829-1040

4. Prueba de ingresos del paciente/garante, miembros de la familia que viven en la casa, y los dependientes reclamados en la declaración de impuestos del paciente.
 - i. Si está empleado: Los 3 últimos recibos de pago, los estados bancarios de los 3 últimos meses , última forma W-2 disponible.
 - ii. Si trabaja por cuenta propia: cuenta de resultados mensual del trabajo por cuenta propia o una copia del libro de contabilidad del negocio/resumen de la cuenta bancaria del negocio.
 - iii. Si no está empleado: Una copia de la información sobre los beneficios de Seguro Social por incapacidad, otros ingresos de la Seguridad Social/beneficios, 1099R, pensiones, asistencia pública, compensación de trabajo, fondo fiduciario, beneficio por desempleo, apoyo militar, manutención, y pensión alimenticia; cheques de asistencia pública; cheques de jubilación; y/o declaración notarial de apoyo.

5. Si el solicitante ha fallecido y no tiene ninguna otra parte responsable entonces se necesita una copia del certificado de defunción para demostrar que el paciente ha fallecido antes de que sea revisada la solicitud de ayuda financiera

DETERMINACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

1. Una solicitud completa, junto con la documentación de respaldo debe ser recibida dentro de los 30 días siguientes a la solicitud de asistencia financiera.
2. Las solicitudes que no cumplan estas condiciones pueden ser devueltas o negadas.
3. Las solicitudes de ayuda financiera serán procesados con prontitud y FMOLHS deberá notificar al paciente o solicitante por escrito dentro de los 30 días siguientes a la recepción de una solicitud completa.

4. Si es aprobada la ayuda financiera se aplicará a la fecha de servicio para el que se inició la solicitud de asistencia financiera y para fechas futuras de servicio dentro de los siguientes seis meses.

Usted puede enviar su información al Departamento de Admisión o por correo a las siguientes direcciones:

Park Place Surgical Hospital
DIRIGIDO A: Admissions Dept / Financial Counseling
4811 Ambassador Caffery Parkway
Lafayette, LA 70508