



SOLICITUD FINANCIERA

Complete la solicitud financiera e incluya los ingresos y otros documentos comprobatorios que sean necesarios. Esta documentación es obligatoria para que podamos procesar su solicitud. Si no recibimos la solicitud y los complementos necesarios antes de la fecha indicada a continuación, es posible que su solicitud se desestime.

CUENTAS

INFORMACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE		N.º DEL SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL SOLTERO	TELÉFONO
NOMBRE DEL GARANTE		N.º DEL SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	TELÉFONO
NOMBRE DEL CÓNYUGE		N.º DEL SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO	
DIRECCIÓN			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
EMPLEADOR ANTERIOR (PACIENTE O GARANTE)	ÚLTIMA FECHA DE EMPLEO		SELECCIONE UNO: <input type="checkbox"/> INQUILINO <input type="checkbox"/> PROPIETARIO		TAMANO DEL NUCLEO FAMILIAR ADULTOS _____ NIÑOS _____
EMPLEADOR ACTUAL (PACIENTE O GARANTE)	TELÉFONO		EMPLEADOR ACTUAL (CÓNYUGE)		TELÉFONO
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	DIRECCIÓN	CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
CARGO O TÍTULO	DURACIÓN DEL EMPLEO		CARGO O TÍTULO	DURACIÓN DEL EMPLEO	
INGRESO BRUTO: <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> BIMENSUAL <input type="checkbox"/> MENSUAL			INGRESO BRUTO: <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> BIMENSUAL <input type="checkbox"/> MENSUAL		
INGRESO MENSUAL DEL PACIENTE O GARANTE			INGRESO MENSUAL DEL CÓNYUGE		
SALARIO	INGRESO DE SEGURO SOCIAL		SALARIO	INGRESO DE SEGURO SOCIAL	
PENSIÓN	INGRESOS POR ALQUILER		PENSIÓN	INGRESOS POR ALQUILER	
PENSIÓN ALIMENTARIA/MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS	OTROS ESTAMPILLAS PARA		PENSIÓN ALIMENTARIA/MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS	OTROS (INCL... ESTAMPILLAS PARA	

ACUERDO DEL PACIENTE

El suscrito solicita la asistencia financiera indicada en esta solicitud y declara que toda la información brindada en esta solicitud es verdadera y se hace con el fin de obtener asistencia financiera. El suscrito autoriza la divulgación de la información financiera y médica necesaria para obtener cobertura de terceros y/u obtener artículos farmacéuticos de reemplazo de los programas de las compañías farmacéuticas adecuadas en su nombre. Bothwell Regional Health Center guardará el original o una copia de esta solicitud, incluso si no se otorga la asistencia financiera. La falsificación de información en esta solicitud será una razón para la denegación. Entiendo que Bothwell Regional Health Center puede solicitar un informe a una oficina de crédito en el proceso de evaluar mi solicitud de asistencia financiera.

FIRMA DEL PACIENTE _____

FECHA _____

DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA OBLIGATORIA

Cuando presente esta solicitud, proporcione uno [o más, cuando corresponda] de los siguientes documentos para verificar el ingreso familiar:

- **Copia del Formulario del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) n.º 1040 y los Anexos correspondientes (C, E, F, etc.) del año fiscal más reciente**
- **Copia de W-2 de cada año fiscal más reciente de cada adulto que trabaje en el hogar**
- **Copia de la Carta de Verificación del Beneficio de Seguro Social de cada año fiscal más reciente de cada persona que reciba Beneficios de Seguro Social**
- **Declaración de los beneficios por desempleo semanales**
- **Copia de los talones de pago de los tres meses más recientes de cada adulto que trabaje en el hogar**

Tenga en cuenta que, cuando corresponda, la declaración de impuestos federales más reciente es siempre el medio preferido para verificar el ingreso.

Es posible que deba proporcionar:

- **Comprobante de la solicitud para MO HealthNet u otros beneficios estatales de Medicaid y la denegación de esa solicitud**
- **Comprobante de la solicitud para el seguro comercial a través del Mercado de Seguros de Salud y comprobante de exoneración para inscribirse a la cobertura como lo exige la ley**

CONSIDERACIONES ADICIONALES

Esta solicitud solo será válida para los servicios realizados y los costos incurridos en Bothwell Regional Health Center y en las clínicas de BRHC.

Cuando recibamos la información, revisaremos su solicitud de asistencia financiera total o parcial. Si no necesita asistencia financiera o si no califica, pero sigue sin poder saldar su cuenta de acuerdo con las pautas de pago predeterminadas de BRHC, consideraremos esta solicitud para nuestro programa de pagos extendido.

Si se aprueba, su solicitud será válida durante seis (6) meses para los costos incurridos en visitas urgentes y/o médicamente necesarias y consideraremos que las cuentas adicionales de BRHC están sujetas a dicha aprobación para la asistencia financiera durante ese período de tiempo. Si actualmente tiene un plan de pagos, reevaluaremos su plan de pagos en caso de que se agreguen otros cargos para asegurar que los pagos sigan siendo adecuados en relación al acuerdo y al saldo.

Un Representante de Servicios Financieros del Paciente lo notificará acerca de la aprobación o desaprobación de esta solicitud por escrito. Toda su información se mantiene confidencial de acuerdo con las estrictas pautas de protección de Bothwell Regional Health Center.

PAUTAS PARA EL PLAN DE PAGOS

Los pagos deben ser de un mínimo de \$50 por mes, con un margen de treinta y seis (36) meses para pagar la cuenta en su totalidad. Tenga en cuenta que si no se recibe un pago todos los meses y no se hace un arreglo por adelantado, la cuenta se puede considerar en mora y puede estar sujeta a acciones de cobranza adicionales.