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.' DEL SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIóN CON EL PACIENTE	TELÉFONO
NOMBRE DEL CóNYUGE	N.' DEL SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO	

DIRECCIóN	CIUDAD	ESTADO	CODI 0 PO AL

EMPLEADOR ANTERIOR (PACIENTE 0 GARANTE)	úLTIMA FECHA DE EMPLEO		TAMANO DEL NUCLEO FAMILIAR ADULTOS_____ NIÑOS _____
EMPLEADOR ACTUAL (PACIENTE 0 GARANTE)	TELÉFONO	EMPLEADOR ACTUAL (CóNYUGE)	TELÉFONO

DIRECCIóN	CIUDAD	ESTADO	CóDIGO POSTAL	DIRECCIóN	CIUDAD	ESTADO	CóDIGO POSTAL
CARGO 0 TITULO	DURACIóN DEL EMPLEO			CARGO O TITULO	DURACIóN DEL EMPLEO		

INGRESO BRUTO: ☐ SEMANAL ☐ QUINCENAL ☐ BIMENSUAL ☐ MENSUAL	INGRESO BRUTO: ☐ SEMANAL ☐ QUINCENAL ☐ BIMENSUAL ☐ MENSUAL

INGRESO MENSUAL DEL PACIENTE 0 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. Bothweil 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 Bothweil 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 e/ ingreso familiar:

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

- **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 de¡ 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 de¡ 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.