METHODIST HOSPITALS

METHODIST PHYSICIAN GROUP
An Affiliate of Methodist Hospitals

Programa de Asistencia Financiera

Lista de Verificación de Documentación

Consulte la Política de Asistencia Financiera para conocer los requisitos de elegibilidad. Su solicitud debe incluir copias de cualquiera de los siguientes documentos que apliquen en su caso. Adjunte copias, no originales, ya que no podemos devolver ningún documento enviado con la solicitud. Si alguno de los documentos falta, se retrasará el procesamiento de su solicitud.

Adjuntar una copia de la Licencia de Conducir del Paciente y/o Garante, Tarjeta de Identificación Estatal, Visa u otra prueba de Identidad y Residencia.

Si su Hogar cuenta con Ingresos:

- Sueldos, salarios, propinas
- Ingresos por actividades comerciales
- Ingresos del Seguro Social
- Ingresos por pensión o retiro
- Dividendos e intereses
- Rentas y regalías
- Indemnización por desempleo
- Sentencias judiciales
- Indemnización laboral
- Pensión alimenticia y/o manutención por hijos

Adjunte los comprobantes de los ingresos de su hogar, que pueden incluir:

> Pagos por beneficios del Seguro Social y/o distribución de ingresos por pensión/jubilación
> Cartas de concesión de cupones/estampillas para alimentos (SNAP) o TANF o Township
> Cartas de adjudicación de indemnización o desempleo
> Talones/comprobantes de pago de sueldo de los últimos 30 días (talones de pago y/o formularios 1099)
> Formulario IRS 1040 más reciente con anexos/equivalente del Formulario 1040 para residencias en otros países
> Si trabaja por cuenta propia, debe incluir una declaración de impuestos con el Anexo C y/o declaración de pérdidas y ganancias
> Dividendos e intereses reflejados en estados de cuenta bancarios, estados de cuenta de fondos de inversión, cuentas de mercado monetario, COD, bonos, acciones, etc.
> Otros ingresos como fondos fiduciarios, fundaciones benéficas, etc. (estado de cuenta de este mes o del mes pasado)
> Activos Líquidos: efectivo, valores, pagarés, acciones, bonos, Bonos de Ahorro de EE. UU., cuentas corrientes, cuentas de ahorro, fondos de inversión, certificados de depósito, pólizas de seguro de vida con valores de rescate en efectivo, cuentas por cobrar, bienes inmuebles (que no sean la residencia principal) u otros bienes inmediatamente convertibles en efectivo.

Si No Tiene Ingresos:

Si no tiene ingresos, envíenos una carta de patrocinio. La persona que le proporciona su patrocinio/manutención debe firmar la carta y certificarla ante notario público.

Carta de Denegación de Asistencia Médica

Debe solicitar asistencia médica y enviar una copia de su Carta de Denegación antes de que podamos aprobar su solicitud.
Su formulario de solicitud de asistencia financiera llenado y firmado.
Por favor, complete todas las secciones del formulario según correspondan a su caso. Tenga en cuenta que se debe llenar una solicitud por separado para cada paciente individual que solicite asistencia financiera.

Si usted <u>no</u> es elegible para Asistencia Financiera <u>basada en los ingresos</u>, por favor hable con un asesor financiero sobre la Asistencia Catastrófica (Catastrophic Care Assistance).

Programa de Asistencia Financiera

Para ayudarnos a determinar si es elegible para recibir asistencia financiera, complete y envíe la solicitud a una de las direcciones mencionadas aquí. Por favor, adjunte todos los documentos requeridos.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar la solicitud, por favor comuníquese con Servicios Financieros

Southlake Campus
Financial Services
Methodist Hospital
8701 Broadway Ave
Merrillville, IN 46410
219-738-5508

Northlake Campus
Financial Services
Methodist Hospital
600 Grant Street
Gary, IN 46402
219-886-4584

Número(s) de Cuenta:_____

Nombre del Paciente:	
Fecha de Nacimiento del Paciente (mes/día/año):	
Dirección del Paciente:	
Ciudad, Estado y Código Postal del Paciente:	
Número de Celular del Paciente:	Teléfono durante el Día del Paciente:
Nombre del Empleador del Paciente:	Nro. de Tel. del Empleador del Paciente:
Nro. de Seguro Social del Paciente:_____. Nota: el Número del Seguro Social se requiere para algunos programas de salud pública, incluyendo Medicaid. Proveer su Número de Seguro Social nos ayudará a saber si califica para algún programa de salud pública.	

Si el Garante es el Paciente - omitir esta sección	
Nombre del Garante	
Relación del Garante con el Paciente:	
Dirección del Garante:	
Ciudad, Estado y Código Postal del Garante:	
Teléfono Celular del Garante:	Teléfono durante el Día del Garante:
Nombre del Empleador del Garante:	Nro. de Tel. del Empleador del Garante:

Cónyuge Garante – omitir si no hay cónyuge
Nombre del Cónyuge del Garante:
Dirección del Cónyuge del Garante:
Ciudad, Estado y Código Postal del Cónyuge del Garante:
Número de Teléfono del Cónyuge del Garante:

¿El Paciente tiene Seguro Médico? Sí No	Si tiene seguro, ¿cuál es el nombre de la aseguradora?
¿Solicitó Asistencia Médica en los últimos 6 meses? Sí No	

En caso afirmativo, por favor adjuntar una copia de la Carta de Denegación.
¿Tiene pendiente un juicio, conciliación, demanda por lesión personal o responsabilidad para esta(s) fecha(s) de servicio/tratamiento? Sí No En caso Afirmativo, proporcione los detalles.

Información del Hogar: enumere TODOS los miembros de su hogar, incluyendo los dependientes que figuran en su Formulario 1040 de IRS más reciente. Si ahora está divorciado o separado, proporcione las pruebas. Si está embarazada, eso cuenta como dos miembros.

Nombre	Relación con el Paciente	Edad
Número total de miembros en el hogar (incluyendo el paciente):		

Ingreso Mensual del Hogar: Proporcione su ingreso mensual y el de los otros miembros del hogar. También adjunte las copias de sus comprobantes de ingresos y sus documentos de activos (consulte la lista de verificación de documentación).

Ingreso Mensual Bruto	Yo Mismo	Cónyuge y/o Otros Miembros del Hogar
Salarios/empleo por cuenta propia	$	$
Seguro Social	$	$
Ingreso de Pensión o Retiro	$	$
Dividendos e Intereses	$	$
Rentas y Regalías	$	$
Desempleo	$	$
Indemnización Laboral	$	$
Pensión Alimenticia y Manutención de Hijos	$	$
Fallos Judiciales	$	$
Ingresos Comerciales	$	$
Otros Ingresos	$	$
Activos Líquidos (consulte la lista de verificación): si es **menos de** $10,000, ingrese $0. Si es **mayor a** $10,000, enumere la cantidad de dólares que excede los $10,000	$	$
Ingreso Mensual Familiar total utilizado para determinar la elegibilidad para recibir asistencia	$	$

Comentarios Adicionales:

Aviso: El objetivo de esta solicitud es el de funcionar como una declaración de política hospitalaria y no como un contrato o acuerdo con ningún paciente o garante. Esta solicitud no da derecho a ninguna persona a obtener asistencia financiera. Esta aplicación no crea ni tiene la intención de crear ningún beneficiario de terceras partes, ni tiene la intención de crear ningún derecho legal con respecto a ninguna persona o entidad. La información proporcionada por el paciente/garante se utilizará solamente para determinar la responsabilidad financiera ante los cargos de Methodist (atención médica incluyendo los servicios del hospital y del proveedor correspondiente) y se mantendrá de forma confidencial. La información proporcionada para acreditar ingresos y bienes no será devuelta. La información enviada sobre el ingreso familiar anual y el tamaño del hogar está sujeta a verificación por parte de Methodist, lo que incluye según sea necesario, la obtención de información financiera de empleadores, bancos y otras entidades enumeradas por mí en esta solicitud. **Sólo los servicios de atención médica de emergencia y médicamente necesarios son elegibles para el servicio gratuito o con descuento.**

Certificación: Mi firma autoriza a Methodist a verificar toda la información proporcionada en este formulario, incluyendo la autorización para verificar el historial crediticio, el estatus laboral y otras fuentes de información de terceros para determinar la elegibilidad para programas médicos federales, estatales y privados. Certifico que a mi leal saber y entender, la información citada anteriormente es fidedigna y exacta. Entiendo que, si se determina que alguna información que he proporcionado es falsa, eso puede resultar en la revocación de la aprobación de asistencia financiera y seré responsable por el monto total de todos los cargos adjudicados. Entiendo que la determinación de asistencia financiera se realiza únicamente a discreción de Methodist.

Firma del Garante: _____ Fecha:_____

Firma del Cónyuge del Garante: _____ Fecha:_____