

SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados en instalaciones y por médicos de Trinity Health



Personal y confidencial

Guarantor Name:
Guarantor Address:

Date:

Garante:
Número de caso:
Pacientes incluidos en este caso:

Estimado/a patient name

Gracias por elegir St. Peter's Health Partners como su proveedor de atención médica. Complete la solicitud adjunta y devuélvala a la dirección indicada a continuación para completar la evaluación de su asistencia financiera.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de servicio al cliente al 800-494-5797, de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m., hora del Este.

Atentamente,

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services
En nombre de St. Joseph's Health
20555 Victor Parkway
Livonia, MI 48152

SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados en instalaciones y por médicos de Trinity Health

Complete y firme el formulario de solicitud y devuélvalo dentro de los 10 días, junto con copias de lo siguiente:

Verificaciones obligatorias

- Prueba de ingresos brutos del mes pasado
- Extractos bancarios completos de los últimos dos meses de todas las cuentas bancarias, con todas las páginas incluidas (explicación de depósitos recurrentes)
- Declaraciones de impuestos recientes (formulario 1040 con Anexo C, E o F) o declaraciones de pérdidas y ganancias de tres meses (para trabajadores independientes/dependientes)

Proporcione lo siguiente, si corresponde

- W2 reciente para ingresos estacionales
- Beneficio de desempleo/carta de denegación
- Ingresos de manutención infantil/pensión alimentaria
- Sin ingresos: complete la parte de la carta de apoyo financiero de la solicitud

Información del paciente

| Nombre del paciente | | Fecha de nacimiento | |
|--|------------------------------|--|--|
| Número del Seguro Social/EIN (opcional) | Teléfono celular | Otro teléfono | |
| Dirección postal | Ciudad | Estado | Código postal |
| Dirección de correo electrónico | ¿De qué estado es residente? | | |
| Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |
| ¿Presenta una declaración de impuestos federales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿por qué? | | ¿Pueden reclamarlo como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Usted o sus dependientes tenían cobertura de seguro de salud al momento del servicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (proporcione una copia de la tarjeta del seguro) | | | |
| ¿Es residente documentado de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | | | |
| Miembros del hogar, incluido usted mismo, según sus declaraciones de impuestos recientes | Fecha de nacimiento | Vínculo con el paciente | Reclamado en la declaración de impuestos (Sí/No) |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados en instalaciones y por médicos de Trinity Health

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |

Verificación de ingresos de todos los miembros del hogar

| Fuente de ingresos mensuales | ¿Quién los recibe? | Ingreso mensual bruto (antes de impuestos) | Fuente de ingresos mensuales | ¿Quién los recibe? | Ingreso mensual bruto (antes de impuestos) |
|------------------------------|--------------------|--|-----------------------------------|--------------------|--|
| Salarios | | | Indemnización laboral | | |
| Seguro Social/Discapacidad | | | Desempleo | | |
| Pensión | | | Manutención infantil/Pensión | | |
| Trabajo independiente | | | Ingresos por alquiler de terrenos | | |
| Asistencia pública | | | Otro | | |

Carta de apoyo financiero: solo debe completarla por la persona que brinda apoyo

- Proporciono más del 50% de apoyo para los gastos de manutención del paciente, pero no puedo ayudar con las facturas médicas.
- Al firmar esta carta, verifico que la declaración anterior es correcta y que de ninguna manera seré responsable de las facturas del paciente. Si tiene preguntas, comuníquese conmigo al _____ (número de teléfono)

Nombre de la persona que proporciona apoyo

Vínculo con el paciente

Firma de la persona que proporciona apoyo

Fecha

VERIFICACIÓN DE INGRESOS E IDENTIFICACIÓN

Certifico que la información incluida en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que la información proporcionada está sujeta a verificación. Seré responsable del reembolso de cualquier servicio prestado en las filiales de Trinity Health si la información anterior se proporciona bajo pretextos falsos.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

O firma del tutor legal (si corresponde): _____ Fecha: _____

Vínculo con el paciente: _____ Fecha: _____

Envíe su solicitud por correo a la dirección anterior, envíela por fax al 312-871-3350 y/o cargue documentos a través de MyChart (portal del paciente): <https://mychart.trinity-health.org/MyChart>. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de servicio al cliente al 800-494-5797 de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m., hora del Este.