



Hospital Regional de Moab
450 Williams Way · P.O. Box 998
Moab, Utah 84532
(435) 719-3500 · FAX (435) 719-3529
www.mrhmoab.org

LISTA DE VERIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Si tiene problemas para proveer estos documentos, por favor hable con nuestro Navegadora Financiera sobre las alternativas que tenemos disponibles para usted.

PRUEBA DE INGRESOS:

Última declaración de Impuestos Federales (completa)

- Si está trabajando: los dos últimos talones de cheques o el balance de su cuenta bancaria de los dos últimos meses
- Si trabaja por cuenta propia: Por favor provea al menos uno de los siguientes documentos:
 1. Salario del IRS y declaración de impuestos para empleados por cuenta propia (Formulario 1099).
 2. Balance de su cuenta bancaria de los dos últimos meses
- Desempleo, ingreso por discapacidad, etc. (mensual). Copia del cheque si está discapacitado/desempleado por más de seis meses
- Pensión alimenticia/manutención de hijos (Mensual): copia de su decreto de divorcio, nota de separación legal o acuerdo de custodia
- Otro (lo que le pida su Navegadora Financiera): _____

FACTURAS MEDICAS

- Copias de todas sus facturas médicas pendientes
- Documentación que demuestre los planes de pago que tenga en todas sus facturas médicas pendientes

APLICACIÓN PARA EL MEDICAID

- Aplicación completa para Medicaid
- Carta de negación del Medicaid

OTROS: _____

Teléfono del Navegador Financiero: 435-719-3536.



Devuelva la información a:
Correo: Navegador Financiero
 450 Williams Way
 Moab, UT 84532
Teléfono: 435-719-3536

APLICACIÓN PARA AYUDA FINANCIERA

Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor contacte a nuestro navegador financiero al 435-719-3567. Por favor revise nuestro sitio de internet (www.mrhmoab.org) para obtener información adicional incluyendo preguntas frecuentes y nuestras Políticas de Asistencia Financiera.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO:

Por favor llene este formulario en su totalidad y devuélvalo a nuestro departamento de asistencia financiera junto a todos los documentos requeridos. No se aprobarán aplicaciones de asistencia financiera a aplicantes que no completen el proceso o requisitos necesarios. Al margen también se solicita de el paciente que en conjunto aplique por otros programas a los que pueda calificar (por ejemplo, Medicaid).

Por favor, remítase a nuestra lista (documento separado) de toda la información requerida que debe enviar con esta aplicación.

INFORMACION SOBRE USTED

Nombre		Número de Seguro Social	
Fecha de nacimiento	Teléfono	Otro número de teléfono	
Persona responsable del pago de la factura	Relación con el paciente	Número de Seguro Social de la persona responsable del pago de la facture	
Nombre del esposo (a)	Fecha de nacimiento del esposo(a)	Número de Seguro Social del esposo (a)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección de correo (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código Postal
¿Cuánto tiempo vive en esta dirección?	Nombre del empleador	Teléfono del empleador	

OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación

INGRESO MENSUAL DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA

Si no puede proveer copias para verificar su información, por favor entregue el balance de su cuenta del banco de los últimos dos meses junto a una explicación en la parte de atrás del formulario.

Tipo	Ingreso de la persona responsable	Ingreso del esposo (a)	Tipo de verificación de ingreso requerido
Ingreso por trabajo (Mensual, antes de los descuentos de ley)	\$	\$	<input type="checkbox"/> Provea los talones de cheques del último mes o el balance de su cuenta bancaria de los últimos dos meses o su último W2
Ingreso por trabajo por cuenta propia (Mensual, antes de los descuentos de ley)	\$	\$	<input type="checkbox"/> Provea el sueldo que recibe del IRS y su declaración de impuestos por los trabajos por cuenta propia que hace (Form 1099) o el balance de su cuenta bancaria de los últimos dos meses
Ingreso mensual por pensión, jubilación, Seguro Social	\$	\$	<input type="checkbox"/> Provea su pensión/declaración de jubilación, y/o su carta de adjudicación del Seguro Social
Ingreso por desempleo, discapacidad, etc. (Mensual) Copia del cheque si está discapacitado/desempleado por más de seis meses	\$	\$	<input type="checkbox"/> Provea su carta de adjudicación de desempleo, discapacidad o balance de su cuenta bancaria de los últimos dos meses
Pensión alimenticia/manutención de hijos (Mensual)	\$	\$	<input type="checkbox"/> Provea una copia de su decreto de divorcio, nota de separación legal o acuerdo de custodia
Otro (Por favor haga una lista de las fuentes):	\$	\$	<input type="checkbox"/> Provea el balance de su cuenta bancaria de los últimos dos meses con una explicación de la fuente de su ingreso(s)

ACTIVO

Tip	Nombre de la institución financiera	Monto del balance total en este momento (un aproximado con la mayor precisión posible)
Efectivo		\$
Cuenta(s) de ahorros		\$
Cuenta(s) de checking		\$
Acciones o Bonos		\$

Para pacientes de Medicare únicamente (tal como lo requiere Medicare)

Balance 401 (k)	Balance IRA
-----------------	-------------

FACTURAS MÉDICAS PENDIENTES:

Por favor detalle sus facturas médicas pendientes y, si sabe, indique el monto que todavía deberá después de que su compañía aseguradora pague. Adjunte una hoja separada si es necesario.

Nombre del proveedor (Hospital/Doctor/Farmacia)	Pago mensual	Saldo pendiente
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$

También pedimos a los pacientes que aplican por asistencia financiera que reporten otros ingresos que tengan. Por favor marque "Sí" o "No".

¿Su empleador o el empleador de su esposo(a) ofrece seguro de salud para grupos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si sí, ponga el nombre de la compañía aseguradora aquí:
¿Tiene otro tipo de seguro como Allstate, AFLAC, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si sí, ponga el nombre de la compañía aseguradora aquí:
¿Tiene una cuenta de ahorros de salud/gastos flexibles? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si sí, ¿cuál es el balance disponible?:
¿Su empleador le reembolsa/devuelve los costos por su cuidado de salud o cualquier deducible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Condiciones del reembolso/devolución:
¿Le negaron el Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si sí, por favor adjunte una copia de la carta donde le niegan el Medicaid.
¿Ha aplicado por programas de asistencia estatal (CHIP, PCN, víctimas de crimen, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si sí, ¿qué programa?
¿Es elegible para COBRA a través de su anterior empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si sí, por favor provea la información de su seguro aquí.
¿Tiene ayuda familiar o de su iglesia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si sí, por favor provea los detalles aquí.
¿Su problema está relacionado a un accidente de auto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si sí, por favor provea la información acerca del seguro de auto aquí.

Por favor explique cualquier otra situación que deberíamos saber para poder entender su incapacidad para pagar su balance por los servicios médicos recibidos.

Puede enviar una hoja separada si necesita más espacio. Podríamos requerir verificación adicional.

¿Hay alguna otra información que le gustaría compartir con nosotros para que podamos tomar una mejor decisión en su caso?

Por este medio declaro que toda la información proporcionada es correcta y verdadera. Autorizo que se realicen las verificaciones necesarias, incluido un reporte de la oficina de créditos. Entiendo que si se determina que esta información es falsa o fraudulenta, seré responsable del pago por todos los servicios recibidos. Entiendo que esta solicitud de asistencia financiera puede no pertenecer a otros proveedores de salud.

Firma de la persona responsable _____ Fecha _____

¿PREGUNTAS? Por favor llame a su navegador financier.

Su número de teléfono es 435-719-3536

FinancialAid@mrhmoab.org