

**Asistencia financiera**

**Garfield Memorial Hospital**

**Devolver información a:**

**CORREO:** Asistencia financiera

PO Box 27327

Salt Lake City, Utah 84127

**FAX:** 385-831-2890

**CORREO ELECTRÓNICO:** [financial.assistance@r1rcm.com](mailto:financial.assistance@r1rcm.com)

*Si necesita ayuda para completar este formulario, solicite hablar con nuestro Departamento de Asistencia Financiera al 866-415-6556. Visite nuestro sitio web para obtener información adicional, incluidas las preguntas frecuentes, el resumen en lenguaje sencillo y nuestra Política de asistencia financiera. Los pacientes también pueden presentar su solicitud en línea en* [*www.intermountainhealthcare.org/assistance.*](http://www.intermountainhealthcare.org/assistance)

## Instrucciones para completar este formulario:

*Complete este formulario en su totalidad y devuelva toda la documentación requerida al establecimiento de Intermountain donde tuvo o planea recibir atención para ser procesada.* *No se otorgará asistencia financiera a quienes no completen el proceso de solicitud; esto también es requisito para el paciente del hospital que solicite programas para los que pueda calificar (p. ej., Medicaid).*

## Entregue la siguiente documentación:

1. **Copias de su declaración de impuestos federales actual con todos los anexos, incluidos los formularios W-2.**
2. **Verificación de ingresos del hogar que se indica a continuación.**

**Nombre del paciente Número de cuenta Fecha de nacimiento**

Nombre de la parte

responsable

Número del Seguro

Social (opcional)

Fecha

de nacimiento

Relación con el paciente Teléfono fijo Teléfono móvil Dirección Ciudad Estado Código postal

Nombre del empleador Teléfono del trabajo

¿Cuanto tiempo ha vivido en esta dirección? Años Meses

# Indique las direcciones de los últimos 12 meses:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección** | **Ciudad** | **Estado** | **Código**  **postal** | **Desde (mes/año)** | **Hasta (mes/año)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Nombre

del cónyuge

Número

del Seguro Social del cónyuge (opcional)

Fecha

Fecha de nacimiento

Teléfono fijo Nombre del empleador Teléfono móvil

del cónyuge Teléfono móvil del cónyuge

# Miembros adicionales del hogar

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Fecha de nacimiento** | **Relación** |  | **Nombre** | **Fecha de nacimiento** | **Relación** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Ingresos mensuales del hogar**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Si no puede proporcionar copias de la información verificada; proporcione extractos bancarios de 3 meses con una explicación al dorso de este formulario.** | | | | |
| **Tipo** | | **Monto de la parte responsable** | **Monto del cónyuge** | **Tipo de verificación de ingresos requerida** |
| Ingresos laborales (brutos) | | $ | $ |  Proporcione talones de pago de los últimos dos períodos de pago o extractos bancarios de 3 meses |
| Ingresos de trabajo por cuenta propia (brutos) | | $ | $ |  Proporcione extractos bancarios de 3 meses |
| Pensión, jubilación, ingresos del Seguro Social | | $ | $ |  Proporcione su declaración de pensión/jubilación o carta de adjudicación del Seguro Social |
| Desempleo, ingresos por discapacidad, etc.  Marque si tiene discapacidad/está desempleado durante más de 6 meses | | $ | $ |  Proporcione una carta de concesión de desempleo, discapacidad o extractos bancarios de 3 meses |
| Manutención de menores, pensión alimenticia | | $ | $ |  Proporcione una copia de su sentencia de divorcio, aviso de separación legal o acuerdo de custodia si desea que se considere esta información |
| Otro *(indique la fuente* ): |  | $ | $ |  Proporcione extractos bancarios de 3 meses con una explicación de su(s) fuente(s) de ingresos |
|  |

***Continúe al reverso de este formulario para completar la solicitud. ***

Fin Info 50146

Indique sus gastos médicos pendientes si desea que se tenga en cuenta esta información y, si tiene conocimiento, indique la cantidad que aún se adeuda después de que pague la compañía de seguros. Adjunte una hoja por separado si es necesario.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N.º de cuenta** | **Nombre del proveedor (hospital/médico/farmacia)** | **Saldo adeudado** |
|  |  | $ |
|  |  | $ |
|  |  | $ |
|  |  | $ |
|  |  | $ |

# Les pedimos a los pacientes que solicitan asistencia financiera que busquen también otra financiación. Marque “Sí” o “No”.

¿Su empleador o el empleador de su cónyuge ofrece seguro médico grupal?  Sí  No En caso afirmativo, indique la compañía de seguros:

¿Alguna de sus facturas médicas se deben a un accidente de tránsito o relacionado al trabajo?  Sí  No En caso afirmativo, indique la compañía de seguros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está inscrito en un plan médico de Healthshare?  Sí  No En caso afirmativo, proporcione el documento de explicación de la participación (EOS, por sus siglas en inglés)

¿Su empleador le reembolsa algún deducible o costos de atención médica?  Si  No

¿Le negaron Medicaid? Adjunte una copia del documento de denegación de Medicaid (opcional).  Sí  No ¿Solicitó programas de asistencia estatal (CHIP, PCN, Crime Victims, etc.)?  Sí  No

¿Tiene asistencia familiar o de la iglesia?  Sí  No En caso afirmativo, proporcione los detalles a continuación.

# Explique cualquier situación de la que debamos estar informados para comprender su incapacidad para pagar el saldo médico. Puede adjuntar una hoja por separado si necesita más espacio. Es posible que se requiera una verificación adicional.

***Por la presente declaro que la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta. Autorizo que se realice cualquier verificación requerida, incluido un informe de la agencia de crédito. Entiendo que, si se determina que esta información es falsa o engañosa, seré responsable del pago de los cargos por todos los servicios prestados. Entiendo que esta solicitud de asistencia financiera no concierne a otros proveedores de atención médica.***

# Firma de la parte responsable de nacimiento

## Lista de verificación de toda la información requerida para completar el proceso de solicitud:

 Anverso y reverso del formulario llenados completamente con firma y fecha.

 Copias de su declaración de impuestos federales actual con todos los anexos, incluidos los formularios W-2.

 Verificación de ingresos del hogar.

NCID: 530410317 08/2023 © 2023 Intermountain Health