

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA COMUNITARIA

Mary Free Bed
Rehabilitation Hospital

Adjunto esta el Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera Comunitaria (CFA-3) del Hospital de Rehabilitacion Mary Free Bed. Si está interesado en solicitar asistencia financiera en el Hospital de Rehabilitacion Mary Free Bed, por favor complete todas las secciones como se indica en el formulario de solicitud y asegúrese de enviar la documentación financiera de respaldo solicitada para todos los miembros de la familia.

Documentación financiera de respaldo solicitada:

- Comprobante de empleo, incluidos los comprobantes de los dos meses mas recientes, o
- Prueba de desempleo
- Prueba de la aplicación de Medicaid y/o negación
- Copia de la declaración actual de impuestos federal 1040 y/o del año anterior
- Copias de documentos de asistencia estatal (si corresponde)
- Copias de cualquier bienes del hogar, como se describe en la Sección 4 (si corresponde)
- Pruebas de cualquier otra fuente de ingresos, como se describe en la Sección 6 (si corresponde)
- Nombre del médico remitente: _____

Una vez que esta información se reciba en nuestra oficina, su solicitud será revisada para determinar su aprobación.

Por favor comuníquese con el Departamento de Asesoramiento Financiero del Hospital de Rehabilitacion de Mary Free Bed al 616.840.8252 si tiene preguntas sobre el proceso de solicitud.

¡Esperamos ayudarlo con sus necesidades de atención médica!

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA COMUNITARIA (CFA-3)

(Solo para uso del hospital)

N.º de FIN: _____

Depto.: _____

Quién lo solicitó: _____



Ubicación del servicio médico

(Solo para uso del hospital)

Fecha: _____

Aprobado 100% 80% 60%

40% 20%

CFA: Approved Denegado

Entiendo que la Asistencia financiera comunitaria se concede después de que Mary Free Bed lleve a cabo una revisión clínica y financiera, y que se puede aprobar o no aprobar basado en los resultados de esta revisión. Entiendo que la información proporcionada en esta solicitud está sujeta a verificación por parte de Mary Free Bed. También entiendo que si se determina que la información proporcionada es falsa, mi solicitud para recibir asistencia se podría denegar y que el saldo adeudado de la cuenta seguirá siendo mi responsabilidad.

SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---------------------------------|---|
| Nombre del paciente: | | Fecha del (de los) servicio(s): | Fecha de nacimiento: |
| Dirección: | | Teléfono de casa: | Teléfono principal/teléfono celular: |
| Ciudad/estado/código postal: | | | Número del Seguro Social: |
| Dirección postal (Si es diferente): | | | |
| Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro | ¿Es usted un residente legal de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | ¿Tenía usted seguro médico o alguna otra cobertura en el momento de recibir su servicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Presenta una declaración de impuestos federales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es No, ¿por qué? _____ | ¿Quién es el declarante principal? <input type="checkbox"/> Usted mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro | | ¿Recibe alguien en el hogar asistencia pública? <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Otro _____ |

SECCIÓN DOS: SOLICITUD

| | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|---|
| ¿Tiene seguro médico? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es Sí, indique el nombre/identificación: |
| Si la respuesta es No, ¿solicitó el seguro a través del mercado de seguros médicos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Seleccione el motivo por el cual la inscripción no se completó y proporcione la documentación si está disponible <input type="checkbox"/> No calificó <input type="checkbox"/> No puedo pagar la prima <input type="checkbox"/> Estoy exento de multas <input type="checkbox"/> Otro: incluya una carta de explicación con la solicitud |
| ¿Tiene una cuenta de ahorros de salud? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Tiene una cuenta de reembolso de salud? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Tiene una cuenta de gasto flexible? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Tiene Medicaid? | <input type="checkbox"/> Sí* | <input type="checkbox"/> No | *Si respondió que "sí," ¡para! Proporcione el número de identificación de Medicaid: _____ luego pase a la página cuatro, firme, afeche y envíe este documento a Mary Free Bed para su revisión. No se necesita documentación adicional en este momento. |
| Si la respuesta es No, ¿ha presentado una solicitud para recibir Medicaid? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Recibe asistencia para pagar las facturas médicas? (es decir, amish, Departamento de Salud del condado, iglesia, reserva indígena, escala variable de tarifas) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es Sí, indique el nombre/identificación: |

| | | |
|--|---|---|
| ¿Tiene Medicare? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es Sí, indique el nombre/identificación: |
| Otras fuentes de caridad (es decir, financiamiento colectivo, otras cuentas basadas en donaciones) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo explicar: |
| ¿Ha presentado una solicitud para recibir beneficios por discapacidad? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es Sí, ¿cuándo? |
| ¿Es alguien del grupo familiar un veterano? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es Sí, indique el nombre: |
| ¿Hay algún miembro del grupo familiar que haya quedado desempleado en los últimos 90 días? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es Sí, indique el nombre: |
| ¿Recibió beneficios médicos esta persona? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es Sí, indique el nombre de la compañía de seguros: |

SECCIÓN TRES: MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR/Proporcione la siguiente información para todos los miembros del grupo familiar

| Nombre: | Fecha de nacimiento: | Relación con el paciente: | ¿Está esta persona incluida en su declaración de impuestos federales? |
|---------|----------------------|---------------------------|---|
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

SECCIÓN CUATRO: ACTIVOS DEL GRUPO FAMILIAR (Indique los activos de todos los miembros del grupo familiar) *Se deben proporcionar los documentos comprobatorios para su consideración*

| Fuente del activo | ¿Qué miembro del grupo familiar posee este activo? | Valor actual del activo | Fuente del activo | ¿Qué miembro del grupo familiar posee este activo? | Valor actual del activo |
|--------------------------------------|--|-------------------------|-------------------|--|-------------------------|
| Cuenta de depósitos monetarios | | | | | |
| Cuenta de depósitos monetarios N.º 2 | | | Otro: | | |
| Cuenta de ahorros | | | | | |
| Cuenta de ahorros N.º 2 | | | | | |
| HSA/FSA | | | | | |

SECCIÓN CINCO: EMPLEO *Se deben proporcionar los documentos comprobatorios para su consideración*

| Persona empleada/autónoma | Empleador | Pago bruto* | Por: | Pago mensual bruto** |
|---------------------------|-----------|-------------|---|----------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> 2Sem. <input type="checkbox"/> Mes | |
| | | | <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> 2Sem. <input type="checkbox"/> Mes | |
| | | | <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> 2Sem. <input type="checkbox"/> Mes | |

*Si trabaja por cuenta propia, enumere los ingresos/pérdidas netos

** Si trabaja por cuenta propia, enumere netas mensuales

SECCIÓN SEIS: INGRESOS MENSUALES DEL GRUPO FAMILIAR DE OTRAS FUENTES/Proporcione documentación de respaldo para todos los otros ingresos

| Fuente | Mensualmente | Anualmente |
|--|---------------------|-------------------|
| Fuente de manutención infantil/pensión alimenticia | \$ | \$ |
| Tipo de programa de asistencia federal _____ (es decir, efectivo, cupones de alimentos, etc.) | \$ | \$ |
| Pago de renta vitalicia/jubilación/IRA/403(b) | \$ | \$ |
| Incapacidad del Seguro Social/SSI | \$ | \$ |
| Beneficios por desempleo o compensación de los trabajadores (Fecha de inicio: DD/MM/AA Fecha de finalización: DD/MM/AA) | \$ | \$ |
| Otros ingresos (Acciones/bonos/renta vitalicia/intereses/inmueble en alquiler/cualquier otro ingreso) | \$ | \$ |
| Ingresos brutos mensuales totales de otras fuentes | \$ | \$ |

Si desea proporcionar un breve resumen de sus circunstancias financieras, complete la sección siete en la página siguiente.

Por la presente confirmo que la información antes proporcionada es correcta a mi leal saber y entender. Autorizo a Mary Free Bed para que verifique que toda la información esté completa y sea exacta. Además autorizo para que dicha información esté disponible para que se divulgue a Mary Free Bed.

FIRMA _____ **FECHA** _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE _____ **FECHA** _____
(si corresponde)

SECCIÓN SIETE: SECCION DEL SOLICITANTE (OPCIONAL):

En el área a continuación, por favor explique brevemente cualquier circunstancia financiera no abordada adecuadamente en el formulario de solicitud.

SECCIÓN OCHO: NOTAS CLÍNICAS (OPCIONAL):