



CommonSpirit Health

## Instrucciones para llenar el formulario de solicitud de asistencia financiera

Esta es una solicitud de asistencia financiera en *CommonSpirit Health*.

**CommonSpirit Health proporciona asistencia financiera** a personas y familias que cumplen con ciertos requisitos de ingresos. Usted puede calificar para la atención médica gratuita o con descuento, con base en el tamaño y el ingreso de su familia, aunque tenga seguro médico. Se proporciona asistencia a aquellos pacientes cuyo ingreso familiar es inferior al 400% de las Pautas del nivel federal de pobreza. Se puede encontrar información sobre las Pautas del nivel federal de pobreza en <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

**¿Qué cubre la asistencia financiera?** La asistencia financiera para hospital cubre los servicios adecuados en un hospital, proporcionados por CommonSpirit Health, dependiendo de su elegibilidad. Es probable que la asistencia financiera no cubra todos los costos de atención médica, incluidos los servicios proporcionados por otras organizaciones.

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta solicitud:** Puede obtener ayuda por cualquier razón, incluida alguna discapacidad y asistencia lingüística al: 866-221-0461

### **Para que su solicitud sea procesada, debe:**

- ☐ **Proporcionarnos información sobre su familia**
- ☐ **Proporcionarnos información sobre el ingreso mensual bruto de su familia (el ingreso antes de impuestos y deducciones)**
- ☐ **Proporcionar la documentación que compruebe el ingreso familiar**
- ☐ **Proporcionar la documentación que compruebe los activos familiares (opcional)**
- ☐ **Anexar información adicional, si es necesario**
- ☐ **Firmar y anotar la fecha en el formulario**

**Nota: No tiene que proporcionar un número de Seguro Social para solicitar asistencia financiera.** Si nos proporciona su número de Seguro Social, ayudará a acelerar el procesamiento de su solicitud. Los números de Seguro Social se usan para verificar la información que se nos proporciona. Si no tiene un número de Seguro Social, marque “no corresponde” o “NC”.

**Enviar la solicitud llena con toda la documentación por correo o fax a:** CommonSpirit Health Financial Assistance, PO Box 5096, Fredericksburg, VA 22403 Fax: 1-269-202-5498. Asegúrese de guardar una copia para usted.

**Para presentar su solicitud llena en persona:** CommonSpirit Health Hospital Emergency Department

Le notificaremos la determinación de elegibilidad final y los derechos de apelación, si corresponde, en un lapso de 30 días calendario a partir de la recepción de la solicitud de asistencia financiera llena, incluida la documentación sobre el ingreso.

Al presentar una solicitud de asistencia financiera, otorga su consentimiento para que realicemos la investigación necesaria a fin de confirmar sus obligaciones financieras y su información.

**Queremos ayudar. ¡Presente su solicitud lo más pronto posible!**  
**Es posible que reciba facturas hasta que recibamos su información.**

**CommonSpirit Health**  
**Formulario de solicitud de asistencia financiera – Confidencial**

*Proporcione la información completa. Si algo no corresponde, escriba “NC”. Anexe páginas adicionales, si es necesario.*

**INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN**

|                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>Si la respuesta es Sí, indique el idioma que prefiere:</i>                                                              |
| ¿El paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>Es posible que deba presentar una solicitud antes de ser considerado para recibir asistencia financiera</i> |
| ¿El paciente recibe servicios públicos estatales, como cupones de alimentos o WIC (Mujeres, Bebés y Niños)? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>                                         |
| ¿El paciente está actualmente sin hogar? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>                                                                                                            |
| ¿La atención médica que el paciente necesita está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión en el trabajo? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>                          |
| Indique el(los) hospital(es) de CommonSpirit Health en el(los) que recibió tratamiento:                                                                                                                                   |

**TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE**

- No podemos garantizar que califique para recibir asistencia financiera, aunque presente su solicitud.
- Una vez que envíe su solicitud, podremos verificar toda la información y solicitar información adicional o comprobación de ingresos.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y EL SOLICITANTE**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                 |                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Primer nombre del paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Segundo nombre del paciente     | Apellido del paciente                                                                                   |
| Fecha de nacimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Números de cuenta del paciente: |                                                                                                         |
| Persona responsable de pagar la factura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Relación con el paciente        | Fecha de nacimiento                                                                                     |
| Dirección postal<br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                 | Número de Seguro Social del paciente (opcional*)                                                        |
| Ciudad Estado Código postal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                 | Número de Seguro Social (opcional*)                                                                     |
| Estado laboral de la persona responsable de pagar la factura<br><input type="checkbox"/> <b>Empleado/a</b> (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> <b>Desempleado/a</b> (cuánto tiempo lleva desempleado/a: _____)<br><input type="checkbox"/> <b>Autoempleo</b> <input type="checkbox"/> <b>Estudiante</b> <input type="checkbox"/> <b>Discapacitado/a</b> <input type="checkbox"/> <b>Jubilado/a</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro</b> (_____) |                                 | Número(s) de contacto principal(es)<br>( ) _____<br>( ) _____<br>Dirección de correo electrónico: _____ |

**INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA**

Indique los miembros de su familia en su hogar, incluido usted. “Familia” incluye a dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción, que viven juntas. Si un paciente puede incluir a otra persona como dependiente en su declaración fiscal, esa persona es un miembro de la familia del paciente para los propósitos de esta solicitud.

**TAMAÑO DE LA FAMILIA** \_\_\_\_\_

*Anexe páginas adicionales, si es necesario*

| Nombre | Fecha de nacimiento | Relación con el paciente | Si tiene 18 años o más: Nombre del(de los) empleador(es) o fuente de ingresos | Si tiene 18 años o más: Ingreso mensual bruto total (antes de impuestos): | ¿También solicita asistencia financiera? |
|--------|---------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
|        |                     |                          |                                                                               |                                                                           | Sí / No                                  |

|  |  |  |  |  |         |
|--|--|--|--|--|---------|
|  |  |  |  |  | Sí / No |
|  |  |  |  |  | Sí / No |
|  |  |  |  |  | Sí / No |
|  |  |  |  |  | Sí / No |
|  |  |  |  |  | Sí / No |

**Se debe revelar el ingreso de todos los miembros adultos de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:**

- Sueldos      - Desempleo      - Autoempleo      - Compensación del trabajador      - Discapacidad
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)      - Manutención de los hijos/cónyuge
- Programas de trabajo y estudio (estudiantes)      - Pensión      - Distribuciones de cuentas de jubilación
- Otro (*explique:* \_\_\_\_\_)

### INFORMACIÓN SOBRE EL INGRESO

**RECUERDE:** Debe incluir el comprobante de sus ingresos con su solicitud.

**Debe proporcionar información sobre el ingreso de su familia. La verificación de sus ingresos es un requisito para determinar la asistencia financiera.**

**Todos los miembros de la familia que tienen 18 años o más deben revelar sus ingresos. Proporcione comprobantes de cada fuente de ingresos identificada.**

**Algunos ejemplos de comprobantes de ingresos incluyen:**

- La declaración del impuesto sobre la renta del año pasado, incluido el calendario, si corresponde; o
- Una declaración de retención "W-2"; o
- Recibos de nómina actuales (3 meses); o
- Comprobantes laborales por escrito y firmados por empleadores u otras personas; Y
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para la compensación por desempleo.

Si no tiene comprobantes de ingresos o no tiene ingresos, anexe una página adicional con una declaración firmada explicando cómo cubre sus gastos básicos (como vivienda, alimentos y servicios públicos).

### INFORMACIÓN SOBRE LOS ACTIVOS

*(Esta sección es opcional y se puede usar para determinar la elegibilidad para otros programas de asistencia)*

**Proporcione comprobantes de cada fuente de activos identificada. Algunos ejemplos de comprobantes de ingresos incluyen:**

- Estados de cuenta bancarios actuales (que muestren los últimos 3 meses)
  - Cuenta(s) corriente(s)
  - Cuenta(s) de ahorro
- Inversiones, incluidas acciones y bonos
- Fondos fiduciarios
- Cuenta(s) de mercado monetario
- Fondos mutuos
- Otros fondos de inversión que no incurrirán en penalización en caso de retiro de fondos.

## INFORMACIÓN ADICIONAL

Anexe una página adicional si hay alguna otra información acerca de su situación financiera actual que quiera proporcionarnos, como una dificultad financiera, gastos médicos excesivos, ingreso estacional o temporal, o pérdida personal.

## ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que CommonSpirit Health puede verificar la información al revisar la información crediticia y al obtener información de otras fuentes para apoyar la determinación de elegibilidad para recibir la asistencia financiera o para los planes de pago.

- Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y exacta a mi leal saber y entender.
- Solicitaré de forma independiente o con la ayuda del personal del hospital CUALQUIER y TODA la asistencia que pueda estar disponible a través de fuentes privadas y gubernamentales locales, estatales y federales para ayudar a pagar esta factura de atención médica.
- Entiendo que si no coopero con CommonSpirit Health proporcionando la información que solicitan, mi solicitud puede ser denegada.
- Entiendo que la información que presente está sujeta a verificación por parte de CommonSpirit Health, incluidas las agencias de informes crediticios, y sujeta a revisión por parte de agencias federales y/o estatales y otras agencias según sea necesario.
- Entiendo que se me puede solicitar información adicional a fin de calificar para recibir la asistencia.

Si recibe algún pago de una compañía de seguros, un plan de compensación para trabajadores o de cualquier tercero, acepta informar al hospital sobre dicho pago. El hospital se reserva el derecho a conservar la factura original de todos los cargos en caso de que un tercero pague por usted los servicios del hospital.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que presenta la solicitud

\_\_\_\_\_  
Fecha