



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

Solicitud de Asistencia Financiera

Hallmark Health se enorgullece de proporcionar el mejor cuidado para cada paciente. Hallmark Health ofrece asistencia financiera a través de su Política de Asistencia Financiera a los pacientes que no pueden pagar por atención médica de emergencia o medicamento necesaria. La Asistencia Financiera de Hallmark Health no está destinada a cubrir la atención no urgente y que no sea de emergencia. No se pretende proporcionar descuentos en co-pagos de seguro, co-aseguro o deducibles.

Se espera que los pacientes que tengan los medios paguen por los servicios recibidos en Hallmark Health. Sin embargo, la elegibilidad para la ayuda financiera está disponible para usted. Se recomienda encarecidamente a los pacientes que soliciten algún programa de asistencia gubernamental disponible, como MassHealth o la Red de Seguridad en Salud, antes de solicitar el Programa de Asistencia Financiera de Hallmark Health. Si no solicita un programa de asistencia gubernamental al que este potencialmente calificado, podría resultar en una demora o denegación de su solicitud. Si necesita ayuda para solicitar programas de asistencia gubernamental, uno de nuestros asesores financieros de Hallmark Health puede ayudarlo.

Su calificación para los programas de asistencia financiera depende del llenado completo y preciso de esta solicitud de asistencia financiera.

Instrucciones de solicitud

Complete la Solicitud de Asistencia Financiera en su totalidad e incluya copias de los siguientes documentos para todos los solicitantes. Si no entrega todos los documentos necesarios dentro de los 30 días, la solicitud será denegada. Por favor adjunte copias de cualquier documento enviado ya que desafortunadamente no pueden ser devueltos.

- Complete todas las secciones aplicables de la solicitud y asegúrese de firmar la declaración jurada en la página 4.
- Incluya una copia de su licencia de conducir, otra identificación con foto o documentos que verifiquen su residencia actual. Cualquier cosa presentada debe incluir su nombre y dirección actual.
- Incluya una copia de su (s) tarjeta (s) de seguro.
- Incluya alguna forma de verificación de ingresos:
 - Incluya una copia de su W2 más reciente (s) o talonarios de pago (4 si se le paga semanalmente, 2 si se le paga cada dos semanas)
 - Si ha habido un cambio reciente en sus ingresos, incluya documentación como declaraciones de desempleo, estados de cuenta bancarios / de inversión, estados de atención a largo plazo, estados de pensión y / o estados de seguridad social.
- Si el paciente fallece, proporcione una copia del certificado de defunción y una carta que indique el estado de la herencia.

Asesores Financieros:

Para obtener ayuda para completar su solicitud, póngase en contacto al **781-338-7111** para programar una cita con uno de los Asesores Financieros de Hallmark Health. Los Asesores Financieros están ubicados en: Melrose-Wakefield Hospital, 585 Lebanon Street, 1er Piso cerca de la entrada de Porter Street, Melrose o Lawrence Memorial Hospital, 170 Governors Avenue, cerca del Departamento de Emergencias, Medford.

Envíe su solicitud completa a:

Hallmark Health
Financial Counselors
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

Parte I: Sobre el Paciente		
Nombre del Paciente:		
Fecha de Nacimiento del Paciente:	NSS del Paciente:	Teléfono.:
Domicilio Actual:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
¿Es un ciudadano americano? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
En caso de que no, ¿Es usted un residente permanente, que reside legalmente en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Información del solicitante (si es diferente a la información del paciente anterior)		
El solicitante es el paciente o la persona que es financieramente responsable del paciente.		
Nombre del solicitante:		
Dirección actual del solicitante:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono del Solicitante:		
Acerca del hogar del paciente		
Haga una lista de los miembros del hogar, fecha de nacimiento y relación con el solicitante. Un miembro del hogar es una persona que está relacionada con usted o vivió con usted durante todo el año como miembro de su hogar y es mencionado en su declaración de impuestos.		
Miembro del hogar 1:		
Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:	
Miembro del hogar 2:		
Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:	
Miembro del hogar 3:		
Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:	
Miembro del hogar 4:		
Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:	
Miembro del hogar 5:		
Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:	
Parte 2: Información sobre el Seguro del Paciente		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Ha presentado una solicitud de Medicaid en los últimos seis (6) meses?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Tiene una solicitud de Medicaid pendiente o aprobada?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Su solicitud de Medicaid ha sido rechazada?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Tiene seguro médico?		
Información del Seguro Primario:		
Nombre del seguro:		
Dirección del seguro:		
Póliza/ID#:	Grupo #:	
Nombre del Suscriptor:		
Fecha de nacimiento del suscriptor:	Relación con el suscriptor:	
Empleado del suscriptor:	Fecha de vigencia:	
Información del Seguro Secundario		
Nombre del seguro:		
Dirección del seguro:		
Póliza/ID#:	Grupo #:	
Suscriptor:	Fecha de nacimiento del suscriptor:	
Relación con el suscriptor:	Empleado del suscriptor:	
Fecha de vigencia:		

Parte 3: Ingresos y Activos Mensuales Netos

Por favor complete esta parte acerca de los ingresos y bienes ganados por el paciente y por cada miembro de la familia que aparece en la Sección 1 que labore. Por favor, anote el ingreso neto, que es el ingreso antes de impuestos y deducciones.

	Paciente	Miembro del hogar 1	Miembro del hogar 2	Miembro del hogar 3	Miembro del hogar 4	Miembro del hogar 5
Salario/Propinas						
Compensación por desempleo						
Seguridad Social						
Ayuda para Hijos + Pensión Alimenticia						
Ingreso por cuenta propia, después de los gastos						
Intereses/Dividendos						
Pensión						
IRA/Acciones/Bonos						
Ingresos de alquiler						
Pagos en fideicomiso						
Compensación de Trabajadores						
Beneficios para Veteranos						

Falta de Estado de Ingresos

SI NO Si el ingreso del hogar es cero, ¿hay alguien que lo apoye?

Si usted contestó sí arriba, y usted está siendo financiado por otra persona, por favor haga que complete y firme la declaración a continuación.

Nombre del paciente: _____, actualmente no tiene ingresos. Actualmente estoy apoyándolos con comida, refugio y cualquier ropa necesaria. También les doy ayuda financiera por la cantidad de \$ _____ en promedio por mes.

Firma del donante de la ayuda: _____ Fecha: _____

Activos del hogar

Haga una lista de cualquier información de cuentas de cheques o de ahorro a continuación.

Tipo de Cuenta	Institución Bancaria	Saldo de _____

Otros Activos Contables del Hogar

Haga una lista de la información que tiene para cualquiera de los siguientes tipos de cuentas.

Tipo de Cuenta	Institución Bancaria	Saldo de _____
Acciones / Bonos		
Certificado de deposito		
Bonos de ahorro de EE.UU.		
Cuenta de ahorros para la salud		
Certificado de ahorro		
Clubes de Navidad o vacaciones		
Otro		



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

Parte 4: Dificultades Médicas

Es posible que esta sección no sea aplicable a usted. Por favor complete esta sección si tiene facturas médicas importantes. Haga una lista de todos los gastos de Hallmark Health y otros proveedores. La documentación puede ser solicitada pero no es requerida en este momento.

Nombre del Proveedor	Total de Gastos Médicos	¿Con qué Frecuencia Ocurre el Costo?
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual

Parte 5: DECLARACIÓN JURADA - TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN FIRMAR

Todos los solicitantes **DEBEN** firmar la declaración jurada abajo para que su solicitud sea considerada.

Juro y afirmo que toda la información indicada en este formulario es verdadera, correcta y completa a lo mejor de mi capacidad, conocimiento y creencia. Estoy de acuerdo en reportar a Hallmark Health cualquier cambio en mis ingresos, recursos financieros u otra información indicada en este formulario que pueda afectar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera en Hallmark Health. Entiendo que mi crédito y otra información financiera pueden ser referenciados para verificar mi declaración y elegibilidad para el programa. Entiendo que tengo treinta (30) días para presentar documentación justificativa precisa y necesaria para ser considerado(a) para un descuento.

Las declaraciones fraudulentas del paciente con el propósito de obtener asistencia financiera serán enviadas a la Oficina del Procurador General de Massachusetts. Los pacientes que falsifiquen la solicitud del Programa ya no serán elegibles para el Programa y serán responsables de todos los cargos incurridos mientras estén inscritos en el Programa retroactivamente al primer día en que incurrieron los cargos en virtud del Programa.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

AFFIDAVIT - SOLAMENTE APLICABLE SI EL CÓNYUGE DEL SOLICITANTE ESTÁ SOLICITANDO

Si el Cónyuge del Solicitante también solicita asistencia financiera, el Cónyuge del Solicitante **DEBE** firmar la declaración jurada abajo para que su solicitud sea considerada.

Juro y afirmo que toda la información indicada en este formulario es verdadera, correcta y completa a lo mejor de mi capacidad y conocimiento y creencia. Estoy de acuerdo en reportar a Hallmark Health cualquier cambio en mis ingresos, recursos financieros u otra información indicada en este formulario que pueda afectar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera en Hallmark Health. Entiendo que mi crédito y otra información financiera puedan ser referenciados para verificar mi declaración y elegibilidad para el programa. Entiendo que tengo treinta (30) días para presentar documentación justificativa precisa y necesaria para ser considerado(a) para un descuento.

Las declaraciones fraudulentas del paciente con el propósito de obtener asistencia financiera serán enviadas a la Oficina del Procurador General de Massachusetts. Los pacientes que falsifiquen la solicitud del Programa ya no serán elegibles para el Programa y serán responsables de todos los cargos incurridos mientras estén inscritos en el Programa retroactivamente al primer día en que se incurrieron los cargos en virtud del Programa.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____