

Solicitud de asistencia financiera

MelroseWakefield Healthcare se enorgullece de brindar la mejor atención para cada paciente. MelroseWakefield Healthcare ofrece asistencia financiera a través de su política de asistencia financiera a los pacientes que no pueden pagar la atención de emergencia o médicamente necesaria. La asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare no cubre la atención relacionada que no sea de emergencia o de urgencia. No fue concebida para proporcionar descuentos en copagos, coseguros o deducibles de seguros.

Se espera que los pacientes que tienen los medios económicos paguen por los servicios recibidos en MelroseWakefield Healthcare. Sin embargo, usted tiene a su disposición la posibilidad de calificar para recibir asistencia financiera. Se recomienda encarecidamente a los pacientes que soliciten cualquier programa de asistencia gubernamental disponible, como MassHealth o Health Safety Net, antes de solicitar el programa de asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare. Si no solicita un programa de asistencia gubernamental para el que usted posiblemente califica, se puede producir un retraso o negación de su solicitud. Si necesita ayuda para solicitar programas de asistencia del gobierno, uno de nuestros asesores financieros de MelroseWakefield Healthcare puede proporcionársela.

Su calificación para los programas de asistencia financiera depende de que usted llene esta solicitud de asistencia financiera con la información completa y exacta.

Instrucciones para la solicitud

Por favor, llene por completo la solicitud de asistencia financiera e incluya copias de los siguientes documentos para todos los solicitantes. Si no se entregan todos los documentos necesarios en un plazo no mayor de 30 días, se negará la solicitud. Por favor, adjunte copias de cualquier documento que envíe ya que lamentablemente no se pueden devolver.

- Llene todas las secciones que correspondan 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 comprueben su residencia actual. Cualquier documento enviado debe incluir su nombre y dirección actual.
- Incluya una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro.
- Incluya algún tipo de comprobante de ingresos:
 - Incluya una copia de su(s) formulario(s) W2 o recibos de pago más recientes (cuatro si le pagan semanalmente, dos si le pagan dos veces por mes)
 - Si ha habido un cambio reciente en los ingresos, incluya documentación como declaraciones de desempleo, declaraciones bancarias / de inversión, declaraciones de atención a largo plazo, declaraciones de pensiones y/o declaraciones del seguro social.
- Si el paciente falleció, proporcione una copia del certificado de defunción y una carta que indique el estado del patrimonio.

Asesores financieros:

Para obtener ayuda para llenar su solicitud, comuníquese con nosotros llamando al **781-338-7111** y programe una cita con uno de los asesores financieros de MelroseWakefield Healthcare. Los asesores financieros están ubicados en: MelroseWakefield Hospital, 585 Lebanon Street, en el primer piso cerca de la entrada de Porter Street en Melrose o en Lawrence Memorial Hospital, 170 Governors Avenue, cerca del Servicio de Urgencias en Medford.

Por favor envíe su solicitud completa a:

MelroseWakefield Healthcare
Financial Counselors
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

Parte I: Acerca del paciente		
Nombre del paciente:		
Fecha de nacimiento del paciente:	SSN (Nro. de Seguro Social) del paciente:	Teléfono:
Dirección actual:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si la respuesta es negativa, ¿es usted residente permanente y reside legalmente en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Información del solicitante (si es diferente a la información del paciente indicada arriba)		
El solicitante es el paciente o la persona que es económicamente responsable del paciente.		
Nombre del solicitante:		
Dirección actual del solicitante:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono del solicitante:		
Acerca del hogar del paciente		
Indique los nombres de todos los miembros del hogar, su fecha de nacimiento y la relación con el solicitante. Un miembro del hogar es una persona que está relacionada con usted o que vive con usted durante todo el año como miembro de su familia y que está incluida 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 del seguro del paciente		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Ha presentado una solicitud de Medicaid en los últimos seis (6) meses?	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Tiene una solicitud de Medicaid pendiente o aprobada?	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Su solicitud de Medicaid ha sido negada?	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Tiene seguro médico?	
Información del seguro primario:		
Nombre del seguro:		
Dirección del seguro:		
Póliza / Nro. de ident.:	Grupo nro.:	
Nombre del asegurado:		
Fecha de nacimiento del asegurado:	Relación con el asegurado:	
Empleador del asegurado:	Fecha de vigencia:	
Información del seguro secundario:		
Nombre del seguro:		
Dirección del seguro:		
Póliza / Nro. de ident.:	Grupo nro.:	
Asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado:	
Relación con el asegurado:	Empleador del asegurado:	
Fecha de vigencia:		

Parte 3: Ingreso bruto mensual y activos

Llene esta parte acerca de los ingresos percibidos y activos del paciente y de cada miembro del hogar que figura en la Sección 1 que trabaja. Indique los ingresos brutos, que son los ingresos 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
Sueldo / salario / propinas						
Compensación por desempleo						
Seguridad social						
Manutención de los hijos + Pensión alimenticia						
Ingresos por cuenta propia, después de gastos						
Ingresos por intereses / dividendos						
Pensión						
Cuenta individual de retiro (IRA) / acciones / bonos						
Ingresos por alquiler						
Pagos de fideicomiso						
Compensación laboral						
Beneficios para veteranos						

Falta de declaración de ingresos

SÍ NO Si el ingreso familiar es cero, ¿hay alguien que lo apoye?

Si su respuesta es afirmativa, y otra persona lo apoya económicamente, pídale que llene y firme la siguiente declaración.

Nombre del paciente: _____, actualmente no tiene ingresos. De momento lo estoy apoyando con comida, vivienda y la ropa que necesita. También le doy ayuda financiera por un promedio de USD _____ por mes.

Firma del donante: _____ Fecha: _____

Activos del hogar

Indique la información de cuentas corrientes o de ahorro a continuación.

Tipo de cuenta	Institución bancaria	Saldo a la fecha _____

Otros activos contables del hogar

Indique la información que tiene de cualquiera de los siguientes tipos de cuentas.

Tipo de cuenta	Institución bancaria	Saldo a la fecha _____
Acciones / bonos		
Certificado de depósito		
Bonos de ahorro de Estados Unidos		
Cuenta de ahorros para la salud		
Certificado de ahorro		
Navidad o clubes de vacaciones		
Otro		

Parte 4: Dificultades médicas

Esta sección puede que no aplique para usted. Por favor llene esta sección si tiene facturas médicas importantes. Enumere todos los gastos de atención médica de MelroseWakefield Healthcare y otros proveedores. La documentación se puede solicitar, pero no se necesita en este momento.

Nombre del proveedor	Gastos médicos totales	¿Con qué frecuencia incurre en el gasto?		
		<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 siguiente declaración jurada para que su solicitud sea considerada.

Juro y afirmo que toda la información indicada en este formulario es verídica, correcta y completa a mi mejor saber, creer y entender. Estoy de acuerdo en informar a MelroseWakefield Healthcare sobre cualquier cambio en los ingresos, recursos financieros u otra información indicada en este formulario que pueda afectar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera en MelroseWakefield Healthcare. Entiendo que se puede consultar mi crédito y otra información financiera para verificar mi declaración y elegibilidad para el programa. Entiendo que tengo treinta (30) días para presentar la documentación de respaldo exacta y necesaria para ser considerado para recibir un descuento.

Las declaraciones fraudulentas de un paciente con el fin de obtener asistencia financiera se enviarán a la oficina del Fiscal General de Massachusetts. Los pacientes que falsifiquen la solicitud del Programa ya no calificarán para el Programa y serán responsables de todos los cargos en los que se incurra mientras están inscritos en el Programa de forma retroactiva desde el primer día en que se incurrieron en los cargos en virtud del Programa.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

DECLARACIÓN JURADA – SOLO CORRESPONDE SI EL CÓNYUGE DEL SOLITANTE ESTÁ APLICANDO

Si el cónyuge del solicitante también solicita asistencia financiera, el cónyuge del solicitante **DEBE** firmar la siguiente declaración jurada a para que su solicitud sea considerada.

Juro y afirmo que toda la información indicada en este formulario es verídica, correcta y completa a mi mejor saber, creer y entender. Estoy de acuerdo en informar a MelroseWakefield Healthcare sobre cualquier cambio en los ingresos, recursos financieros u otra información indicada en este formulario que pueda afectar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera en MelroseWakefield Healthcare. Entiendo que se puede consultar mi crédito y otra información financiera para verificar mi declaración y elegibilidad para el programa. Entiendo que tengo treinta (30) días para presentar la documentación de respaldo exacta y necesaria para ser considerado para recibir un descuento.

Las declaraciones fraudulentas de un paciente con el fin de obtener asistencia financiera se enviarán a la oficina del Fiscal General de Massachusetts. Los pacientes que falsifiquen la solicitud del Programa ya no calificarán para el Programa y serán responsables de todos los cargos en los que se incurra mientras están inscritos en el Programa de forma retroactiva desde el primer día en que se incurrieron en los cargos en virtud del Programa.

Firma del cónyuge del solicitante: _____ Fecha: _____