

## ANEXO DE SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

**RECUERDE QUE ESTO NO ES UN PLAN DE SEGURO --- ES UN PROGRAMA DE ATENCIÓN BENÉFICA Y NO HAY FONDOS PREVISTOS. NO HAY COMPENSACIÓN ECONÓMICA PARA NINGÚN MÉDICO/CENTRO DE SALUD DE CMC POR LOS SERVICIOS. TODAS LAS SOLICITUDES DE RENOVACIÓN SE DEBEN RECIBIR 30 DÍAS ANTES DE LA FECHA DE VENCIMIENTO PARA PROCESARLAS A SU DEBIDO TIEMPO CON EL FIN DE EVITAR LA INTERRUPCIÓN DE LA COBERTURA.**

**Se deben seguir todas las directrices que se indican a continuación a fin de considerar su solicitud**

- Es necesario residir en NH. El comprobante de residencia se puede proporcionar de varias maneras diferentes; por ejemplo, licencia de conductor, facturas de servicios públicos, talones de cheques, carta del dueño de la propiedad o registro del automóvil. Si no puede proporcionar comprobante de residencia, el jefe de familia debe escribir una carta que indique durante cuánto tiempo la familia/persona ha vivido allí y por cuánto tiempo pretenden quedarse.
- Si solicita ayuda para su cónyuge y también para usted, ambas partes deben firmar la solicitud. Si hace la solicitud para un menor de 18 años, debe presentar el comprobante de denegación del programa NH Healthy Kids antes de que se le pueda considerar para recibir ayuda.
- Por favor, llene la solicitud lo más íntegramente que pueda, porque de lo contrario, su solicitud se le devolverá para pedir información adicional y eso retrasará mucho nuestra decisión.
- Preste mucha atención a los documentos necesarios que se deben adjuntar.

### **VERIFICACIONES DE INGRESOS O EXPLICACIONES NECESARIAS**

1.- Adjunte comprobante de ingresos del empleo, la seguridad social, prestaciones de desempleo, pagos de indemnización por accidente laboral por discapacidad de corta/larga duración, etc.... **los adjuntos son necesarios para procesar la solicitud**

2.- Si **no está trabajando** y no tiene **ningún ingreso** en absoluto, **por favor incluya una declaración escrita de la persona que le ofrece ayuda en este momento.** Esta declaración de ninguna manera los hace responsables de su factura

3.- Si **no está trabajando**, **no percibe ingresos**, y nadie le ofrece ayuda, necesitamos **que escriba una carta explicando su situación actual** antes de que podamos procesar la solicitud.

**Si su solicitud no se recibe en el plazo de 30 días de la fecha en que se solicitó, se cerrará la petición. Complete todas las secciones del formulario, inclusive firma y la fecha, y devuelva la solicitud a Catholic Medical Center, Patient Financial Services Department, POB 3240, Manchester, NH 03105, Atención: Melissa Sylvain, por el 663-8772, o envíe un correo electrónico a [msylvain@cmc-nh.org](mailto:msylvain@cmc-nh.org).** Las cuentas que tenga con CMC no se SUSPENDERÁN hasta que se reciba la solicitud. Si no recibe noticias de esta oficina en relación con su aprobación o denegación en el plazo de 3 semanas del envío postal, póngase en contacto con @melissa6638772.

Fecha

Estimado solicitante:

Usted puede obtener ayuda económica de Catholic Medical Center y posiblemente de otras organizaciones de asistencia sanitaria.

La NH Health Access Network (Red de acceso a la salud de NH) comprende un grupo de hospitales, médicos y otros proveedores de asistencia sanitaria de New Hampshire que trabajan juntos para ayudar a los niños y a los adultos cuando no pueden pagar la asistencia sanitaria que necesitan.

Para obtener ayuda económica a través de NH Health Access Network con gastos de su propio bolsillo, debe tener un seguro activo aceptado por un proveedor dentro de la red. Puede haber ayuda económica para aquellas personas que no tengan seguro; por favor comuníquese con Melissa Sylvain en Catholic Medical Center, Manchester NH 603 663 8772.

Para saber si usted o su núcleo familiar cumplen los requisitos, debe proporcionarnos un comprobante de sus ingresos. Por favor llene la solicitud adjunta y firmela. Después envíenos la solicitud y una COPIA de cada uno de los siguientes para su núcleo familiar:

Documentación	Adjunta	No se requiere
Copia completa de su última declaración del impuesto federal sobre la renta y todos los anexos.		
Copias de los últimos formularios W-2		
Copias de los tres (3) últimos talones de cheques de pago consecutivos o una declaración del empleador.		
Copias de los tres (3) últimos estados de cuenta bancarios (por ejemplo, ahorros, cuenta corriente, mercado de valores, cuenta personal de jubilación. 401K, etc.) <b>TODAS LAS PÁGINAS</b>		
Copias de constancias del subsidio de desempleo o indemnización por discapacidad		
Copias de talones de prestaciones de jubilación		
Copias de ingresos de la seguridad social (declaraciones de beneficios anuales, copia del cheque o depósito directo)		
Copia de la asignación de cupones de alimentos		
Copias de avisos de ayuda del gobierno (inclusive el Departamento de Salud y Servicios Humanos y carta de deducción de gastos médicos de Medicaid)		
<u>Copias de notificación de denegación de Medicaid, inclusive el plan de ayuda con las primas</u>		
<u>Copias de notificaciones de subsidios financieros de Marketplace</u>		

Por favor utilice esta lista para asegurarse de que tengamos toda la información que necesitamos para procesar su solicitud rápida y correctamente. Podemos pedirle información adicional sobre la evaluación de su crédito y su declaración del impuesto sobre la renta. La información que proporcione es confidencial.

Usted seguirá siendo económicamente responsable por todos los servicios que reciba hasta que sepamos si califica para obtener ayuda.

Si no recibe noticias nuestras en el plazo de 60 días luego de devolver su solicitud, o si necesita ayuda para entenderla, llame a \_\_\_\_\_ por el \_\_\_\_\_.

Atentamente,

**Devuelva la solicitud y los documentos requeridos a Catholic Medical Center 195 McGregor St., Manchester, NH 03105**

**Attn: M. Sylvain**  
Revisado 12/2013; 7/27/2015

# Solicitud de ayuda económica

1. Información del paciente \_\_\_\_\_  
N.º del seguro social Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
 Dirección Ciudad Estado C.P. Tiempo que vive en esa dirección

\_\_\_\_\_  
 Dirección postal Ciudad Estado C.P.  
 Soltero/a  Casado/a  Unión civil  
 Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a  
 Ciudadano de EE. UU.  Residente de NH

\_\_\_\_\_  
 N.º de teléfono particular N.º de teléfono laboral

## 2. Persona responsable de pagar la factura

\_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre Inicial del segundo nombre Relación con el paciente N.º del seguro social

\_\_\_\_\_  
 Dirección, si es distinta a la del paciente N.º de teléfono particular N.º de teléfono laboral

\_\_\_\_\_  
 Nombre de la compañía de seguros Fecha de entrada en vigor

**3. \*\*Indique a TODAS las personas que viven en el hogar, inclusive el solicitante: Use una hoja adicional, si es necesario**

NOMBRE	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	N.º DEL SEGURO SOCIAL	Solicita Sí/No
	<b>Usted</b>			
1				
2				
3				
4				
5				
6				

4. ¿Esta solicitud es para servicios futuros o anteriores?  Futuros  Anteriores Fecha(s) de los servicios: \_\_\_\_\_

5. Complete si alguna persona de su hogar tiene seguro:

Seguro de salud (Plan/Nombre) \_\_\_\_\_, Cuenta de ahorro para la salud (marque con círculo) - Sí No  
 Quién: \_\_\_\_\_

N.º de póliza/ID \_\_\_\_\_ Monto deducible: \_\_\_\_\_  
 Medicare Parte A \_\_\_\_\_, Medicare Parte B \_\_\_\_\_ Recibe ayuda para pagar Medicare Parte B \_\_\_\_\_ Quién: \_\_\_\_\_

6. ¿Alguien de su hogar ha solicitado Medicaid? Sí  No   
 Quién: \_\_\_\_\_ Si respondió "sí" y fue denegada, proporcione copia de la notificación de denegación de Medicaid

7. ¿Solicitó ayuda económica en otra institución?  Sí  No Si respondió "sí", dónde?: \_\_\_\_\_

8. ¿Alguna integrante de su núcleo familiar está embarazada?  Sí  No

9. ¿Algún integrante de su núcleo familiar sirvió en el ejército?  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_

10. ¿Presentó recientemente una reclamación de indemnización del trabajador o accidente con vehículo motorizado?  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_

11. ¿Algún integrante de su núcleo familiar cumple los requisitos para las prestaciones de la seguridad social?  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_

12. ¿Alguna otra persona lo declara en su declaración del impuesto sobre la renta?  Sí  No  
 ¿Quién? \_\_\_\_\_

13. INFORMACIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR	PERSONA 1:	PERSONA 2:	PERSONA 3:
*NOMBRE de todos los miembros de su núcleo familiar _____			
Nombre del empleador _____			
<b>Ingresos mensuales brutos de:</b>			
Empleo	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Empleo autónomo	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Cuentas de inversión:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Alquiler de bienes inmuebles:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Desempleo: (desde; ___/___/___)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Jubilación: (Seguro social, pensión, renta vitalicia)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia/manutención de menores:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Asistencia pública, cupones de alimentos:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otros ingresos:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<b>Ahorros e inversiones:</b>			
Saldos de cuenta corriente	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Saldos de cuenta de ahorros y de certificados de depósitos	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Cuenta personal de jubilación, 403B, 401K:			
Especifique: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otros ahorros e inversiones:			
Especifique: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<b>Otros:</b>			
Automóvil; _____	¿Año, marca, modelo? _____	_____	_____
Vehículo recreativo: _____	¿Año, marca, modelo? _____	_____	_____

**14. GASTOS DEL NÚCLEO FAMILIAR**

Pago del alquiler mensual: \$ \_\_\_\_\_ o pago de la hipoteca: \$ \_\_\_\_\_ Saldo del préstamo hipotecario \$ \_\_\_\_\_

El monto del impuesto sobre la propiedad no está incluido en el monto del pago anterior: \$ \_\_\_\_\_ Valor de la vivienda: \$ \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna propiedad además de su residencia principal?  Sí  No Si respondió sí, Valor \$ \_\_\_\_\_ Saldo hipotecario \$ \_\_\_\_\_

Si la otra propiedad es un negocio, indique la dirección: \_\_\_\_\_

Pago del préstamo mensual: \$ \_\_\_\_\_ Pago a: \_\_\_\_\_ Por: \_\_\_\_\_

Parte D de Medicare descontada del cheque del seguro social  Sí  No Monto \$ \_\_\_\_\_

Servicios públicos	\$ _____	Seguro (auto/vida/ propiedad)	\$ _____	Otro:	\$ _____
Pensión alimenticia/manutención de menores:	\$ _____	Prima de seguro de salud	\$ _____	Otro:	\$ _____
Atención infantil	\$ _____	Facturas de asistencia sanitaria	\$ _____	Otro:	\$ _____
Sustento (gasolina, alimentos, vestimenta)	\$ _____	Medicamentos	\$ _____	Otro:	\$ _____

**15. CESIÓN DE DERECHOS *Lea atentamente***

Con mi firma a continuación autorizo la solicitud de mi informe crediticio y/o declaración de renta. Entiendo que la declaración de renta es necesaria para procesar esta solicitud y que se puede pedir más información antes de poder determinar mi elegibilidad. En el caso de que no haya revelado íntegramente, o haya declarado de manera incorrecta los ingresos o activos, cualquier acuerdo para presentarle un descuento de atención benéfica no tendría validez y sería retroactivo a la fecha en que se adeudaban las facturas. Puedo ser responsable de cualquier/todos los honorarios legales durante el proceso de cobro. Todos los integrantes adultos del núcleo familiar que firmen más abajo autorizan la divulgación de toda la información médica, económica o laboral que se relacione directamente con su asistencia sanitaria o con su elegibilidad para recibir ayuda económica. Esta información se puede divulgar a todos los proveedores de asistencia sanitaria a los que los integrantes del núcleo familiar han solicitado servicios de asistencia sanitaria o ayuda económica. Toda la información suministrada será confidencial al amparo de las cláusulas de las normas federales de la HIPAA. Los procedimientos electivos podrían no ser considerados para asistencia. Estoy de acuerdo en restituir el pago total de la adjudicación de ayuda económica si recibo pago por cualquier tipo de servicio médico cubierto por esta solicitud; por ejemplo pagos de seguro, pago de programas del gobierno, adjudicación de un litigio judicial o cualquier otro pago.

Si recibo ayuda económica, acepto informar a la organización donde presenté en primer lugar la solicitud de los cambios que podrían afectar la elegibilidad, inclusive cambios en el tamaño de la familia, los ingresos y la cobertura del seguro de salud. Entiendo que si mi/nuestra situación médica cambiara de manera que yo/nosotros pudiéramos ser elegibles para un programa de asistencia pública, deberé presentar la solicitud a ese programa y proporcionar el comprobante de solicitud.

-----	-----	-----	-----
Firma del solicitante	Fecha	Firma del co-solicitante	Fecha