

TRINITY HEALTH OF NEW ENGLAND
ASISTENCIA FINANCIERA
Johnson Memorial Hospital - Mercy Medical Center - Mount Sinai Rehabilitation Hospital
Saint Francis Hospital and Medical Center - St. Mary's Hospital
Trinity Health of New England Medical Group - Collaborative Laboratory Services
Mercy Inpatient Medical Associates

FORMACIÓN DEMOGRÁFICA			
Apellido del paciente:	Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	
Dirección:			
Teléfono del hogar:	Teléfono celular:	Estado civil:	Nombre del cónyuge:
Empleador del paciente:	Dirección del empleador:		Teléfono del empleador:
Empleador del cónyuge:	Dirección del empleador del cónyuge:		Teléfono del empleador:
INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS			
Ingresos mensuales brutos:	Paciente \$	Cónyuge \$	
Otros ingresos familiares:			
Asistencia financiera pública/del estado:			
Pensión alimenticia:			
Beneficios de seguro social/discapacidad/veteranos:			
Ingresos de jubilación/pensión:			
Intereses/dividendos/anualidades:			
Otros ingresos:			
Explique los otros ingresos:			
EMPLEO AUTÓNOMO, EMPRESAS, ALQUILERES			
Ingresos por empresas/alquileres:			
Gastos por empresas/alquileres:			
Ingreso neto de la empresa/el alquiler:			
Ingreso total combinado del grupo familiar:			
CANTIDAD TOTAL DE MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR:			
¿Su afección médica es resultado de un accidente o una lesión? (Sí/No)		¿Contrató a un abogado? (Sí/No)	
Si lo contrató, indique nombre completo y número telefónico:			
<p>Certifico que la información brindada anteriormente es verdadera a mi leal saber y entender y que, al firmar este formulario, permito que THONE verifique mi empleo para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera o un descuento financiero. Comprendo que es posible que se me pida que brinde pruebas de la información indicada en el formulario. Comprendo que esta solicitud se realiza para que el hospital pueda determinar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera según el criterio establecido para el hospital. Si se determina que alguno de los datos que brindé es falso, comprendo que el hospital puede volver a evaluar mi estado financiero y tomar las acciones que sean apropiadas. También comprendo que toda la información solicitada debe recibirse dentro de los treinta (30) días de la fecha de esta solicitud. Comprendo que podría incurrir en cargos adicionales de otras entidades profesionales y que soy responsable de estos, como anestesiología, radiología y patología.</p>			
Persona que completa la solicitud:			
Firma del solicitante		Fecha de la solicitud	

**TRINITY HEALTH OF NEW ENGLAND
ASISTENCIA FINANCIERA
Johnson Memorial Hospital - Mercy Medical Center - Mount Sinai Rehabilitation Hospital
Saint Francis Hospital and Medical Center - St. Mary's Hospital
Trinity Health of New England Medical Group - Collaborative Laboratory Services
Mercy Inpatient Medical Associates**

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD (SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO)	
Nombre del garante:	Número de historia clínica:
Recibido por:	Fecha de recepción:
<input type="checkbox"/> Ingresos <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos <input type="checkbox"/> Carta de determinación de Medicare <i>Si no se brindó todavía:</i> <input type="checkbox"/> Identificación <input type="checkbox"/> Residencia	

Elegible (para los próximos 6 meses)

Elegible (residentes de zonas sin servicio, solo para atención de emergencia/urgencia)

Elegible (cobertura de evento catastrófico)

El solicitante es elegible para: Atención parcial (tasa de Medicare) o Atención completa (100 %)

Asistencia financiera: \$ _____

Nuevo saldo: \$ _____

Denegado

Denegado (la persona no residente no cumple con los requisitos para recibir cobertura constante)

La solicitud de asistencia financiera se denegó por los siguientes motivos:

_____ Ingresos superiores al límite

_____ No buscó servicios de los recursos disponibles o no cumplió con las normas

_____ No tiene ingresos

_____ Otro motivo: _____

Firma autorizada: _____ Fecha de determinación: _____