



In partnership with Select Medical

Solicitud de asistencia financiera

Número(s) de cuenta del paciente

Lista de hospitales donde recibió tratamiento

Apellido del paciente

Nombre del paciente

N.º de seguridad social del paciente

Fecha de nacimiento del paciente:

Apellido del garante (si es otro)

Nombre del garante

N.º de seguridad social del garante

Fecha de nacimiento del garante:

Dirección de residencia del garante

Número telefónico de la residencia

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del empleador del garante

Empleo del garante

Función o departamento

Dirección del empleador del garante

Teléfono del empleador del garante

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del cónyuge del garante

Empleo del cónyuge del garante

Función o departamento

Dirección del empleador del conyugue

Teléfono del empleador del conyugue

Ciudad

Estado

Código postal

Personas que viven en el hogar (incluido el solicitante)

Nombre	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Empleador	Ingreso anual
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

Solicitud de asistencia financiera del Hospital de Rehabilitación Dignity Health (continuación)

Para determinar quién califica verdaderamente para recibir asistencia financiera, primero necesitamos que se presente la información indicada a continuación para demostrar la dificultad financiera. Complete la solicitud y entréguela con todos los siguientes puntos descritos a continuación. Si no puede suministrar uno de los documentos, o hay otros factores que puedan afectar la evaluación, envíe una declaración por escrito que explique su situación.

Documentación necesaria:

1. Denegación de elegibilidad del programa Medicaid del estado de residencia.
2. Prueba de los ingresos de todos los miembros de la familia* de los últimos 12 meses antes de la fecha en que se prestaron los servicios en el Hospital de Rehabilitación Dignity Health. Esto puede incluir las declaraciones de impuestos de renta más recientes, o recibos de nómina de este mismo periodo de tiempo. Si es independiente, incluya el Anexo C con su declaración de ingresos. Si no tiene estos disponibles, escriba una explicación en otra hoja de papel que describa su situación financiera de los últimos tres meses, y preséntela con esta solicitud.

*La familia del paciente incluye:

- a) Para personas de 18 años y mayores, el conyugue, compañero doméstico, como lo define la Sección 297 de la Ley de familia, e hijos dependientes menores de 21 años, vivan o no en la misma casa.
- b) Para personas menores de 18 años, un padre, los parientes cuidadores, y otros hijos menores de 21 años del padre o pariente cuidador.

Una vez que completemos la revisión inicial de los documentos suministrados, podemos solicitar lo siguiente para determinar la cualificación:

Prueba de activos monetarios: **todo** lo siguiente:

- Extractos de cuentas corrientes de los últimos 3 meses
- Extractos de cuentas de ahorro de los últimos 3 meses
- Acciones, bonos y depósitos a término

Al firmar a continuación, acepta ser considerado para asistencia de pago. Además, certifica que todas las declaraciones efectuadas en esta solicitud son verdaderas y completas a su leal entender. Si se determina que la información que suministró es incompleta o falsa, todos los descuentos de su factura podrán ser reversados y puede que se espere que usted pague completamente. Al firmar a continuación, autoriza al Hospital de Rehabilitación Dignity Health a comprobar las referencias e historial de crédito para evaluar esta solicitud para considerar la asistencia financiera.

Si recibe pagos de una compañía de seguros, plan de compensación de trabajadores o de cualquier otro tercero, acepta informar al hospital de cualquiera de dichos pagos. El hospital se reserva el derecho a cobrar los cargos originales facturados en su totalidad si un tercero le proporciona el pago de los servicios del hospital.

Firma de la persona responsable de la factura (garante)

Fecha

Aprobador/Título

Porcentaje aprobado

Fecha

Envíe por correo la solicitud completada a:

Dignity Health Rehab Hospital

**Atención: Departamento de
Admisiones**

**2930 Siena Heights Dr.
Henderson, NV 89052**