

**RECUERDE QUE ESTE NO ES UN PLAN DE SEGURO** sino un programa de cuidado caritativo y no hay un fondo establecido. No hay intercambio de dinero por servicios por parte de ningún médico/consultorio. Todas las solicitudes de renovación deben recibirse 30 días antes de la fecha de vencimiento para que se procesen oportunamente y se evite una interrupción en la cobertura.

## **Todas las pautas a continuación deben seguirse para considerar su aplicación**

- Se requiere tener residencia en NH. La prueba de residencia se puede dar de varias maneras diferentes, es decir, con la licencia de conducir, facturas de servicios públicos, talones de pago, carta del propietario o el registro del coche. Si no puede proporcionar una prueba de residencia, el jefe de familia puede escribir una carta indicando cuánto tiempo la persona/familia ha estado viviendo allí y cuánto tiempo tiene la intención de quedarse.
- Si usted está solicitando ayuda para su cónyuge, así como usted mismo, ambas partes deben firmar la solicitud. **Si usted está solicitando por un niño menor de 18 años, debe proporcionar una prueba de rechazo del Programa de Medicaid para niños antes de que el niño pueda ser considerado para recibir ayuda.**
- Por favor llene la solicitud lo más completamente posible porque su solicitud le será devuelta para información adicional, y esto retrasará significativamente nuestra decisión.
- Preste mucha atención a los requisitos del documento que deben adjuntarse.

## **VERIFICACIONES DE INGRESOS O EXPLICACIONES REQUERIDAS**

1. Adjunte toda la información de la lista de verificación (que se encuentra en la página siguiente) relacionada con su situación.
2. **Si usted no está trabajando y no tiene ningún ingreso en absoluto, por favor incluya una declaración por escrito de la persona que le está proporcionando apoyo en este momento.** Esta afirmación de ninguna manera los hace responsables de su factura.
3. Si usted no está trabajando y no tiene ingresos y no tiene ningún apoyo de nadie, necesitaremos una carta suya donde explique su situación actual antes de que podamos procesar la aplicación.

**Complete todas las secciones en el formulario, incluyendo la firma y la fecha y devuelva la solicitud a Catholic Medical Center, Departamento de Servicios Financieros del Paciente, POB 3240, Manchester, NH 03105, con atención a: Melissa Sylvain al 603.663.8772 o [melissa.sylvain@cmc-nh.org](mailto:melissa.sylvain@cmc-nh.org)**

**SI TIENE SALDOS PENDIENTES CON NOSOTROS, SUS CUENTAS NO SERÁN PUESTAS EN ESPERA HASTA QUE LA SOLICITUD SEA RECIBIDA.**

**Si no ha recibido la notificación dentro de los 30 días después de haber enviado la solicitud, o si tiene alguna pregunta adicional, comuníquese con nuestra oficina al 603-663-8772.**

Estimado solicitante:

Es posible que pueda obtener ayuda financiera de Catholic Medical Center y posiblemente de otras organizaciones de atención médica.

La Red de Acceso a la Salud de NH es un grupo de hospitales, médicos y otros proveedores de atención médica en New Hampshire que trabajan juntos para ayudar a niños y adultos cuando no pueden pagar el cuidado de la salud que necesitan.

Para obtener ayuda financiera a través de la Red de Acceso de NH con gastos de bolsillo, debe tener un seguro de salud activo que sea aceptado por un proveedor de la red. La asistencia financiera puede estar disponible para aquellos que no tienen seguro; por favor contacte a un consejero financiero al 603-663-8772.

Para averiguar si usted o su hogar califica, debe proporcionarnos una prueba de sus ingresos. Por favor complete la solicitud adjunta y fírmela. Luego envíenos esa solicitud y una COPIA de cada una de las siguientes para su hogar:

<b>Documentación requerida para el procesamiento</b>	<b>Adjunto</b>	<b>No aplicable</b>
Copia completa de su declaración federal de impuestos más reciente y todos los horarios		
Copias de los formularios W-2 más recientes		
Copias de los tres (3) talones de sueldo consecutivos más recientes o una declaración del empleador.		
Copias de los tres (3) extractos bancarios más recientes (p. ej., ahorros, cheques, mercado de dinero, IRA, 401K, etc.) <b>TODAS LAS PÁGINAS</b>		
Copias de las declaraciones de beneficios de compensación por desempleo o incapacidad		
Copias de los talones de beneficios de pensiones		
Copias de los ingresos de la seguridad social (declaraciones anuales de beneficios, copia del cheque o depósito directo)		
Copia de la asignación de Cupones de alimentos		
Copias de avisos de asistencia gubernamental (incluyendo el Departamento de salud y servicios humanos y la Carta de gastos de Medicaid)		
<u>Copias de avisos de denegación de Medicaid, incluido el Plan de Asistencia Premium</u>		
<u>Copias de los avisos de subsidios financieros de Marketplace</u>		

Por favor, utilice esta lista de verificación para asegurarse de que tenemos toda la información que necesitamos para procesar su solicitud de forma rápida y correcta. Es posible que le solicitemos información adicional sobre su evaluación crediticia y su declaración de impuestos. La información que proporcione es confidencial.

Usted continuará siendo financieramente responsable de cualquier servicio que reciba hasta que sepamos si califica para obtener ayuda.

Si usted no ha sabido de nosotros en 30 días después de la devolución de su solicitud, o si necesita ayuda para entenderla, por favor llame a Melissa al 603-663-8772

1. Información del paciente:

Apellido	Nombre	Inicial media	Número de seguridad social	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal    Cuánto hace que vive allí
Dirección postal		Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono de la casa		Número de teléfono del trabajo		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión civil <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Ciudadano de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Residente de NH

2. Persona responsable de pagar la factura

Apellido	Nombre	Inicial media	Relación con el paciente	Número de seguro social
Dirección, si es diferente a la del paciente			Número de teléfono de la casa	Número de teléfono del trabajo
Nombre de la compañía de seguros			Fecha efectiva	

**3. \*\* Indique TODAS las personas que viven en el hogar, incluido el solicitante:** Utilice una hoja de papel adicional si es necesario

NOMBRE	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	SOC. SEGURIDAD#	Solicitando Sí / No
1	<b>Usted mismo</b>			
2				
3				
4				
5				
6				

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

5. Por favor complete si alguien en su hogar tiene seguro:

Seguro de salud (plan/nombre) \_\_\_\_\_, Cuenta de ahorros de salud (círculo) – Sí No    **Quién:**

**Monto de la póliza #/ID #**    **Cantidad deducible:**

Medicare parte A\_\_\_\_, Medicare parte B\_\_\_\_ recibe asistencia para pagar Medicare parte B \_\_\_\_\_ **Quién:**

6. ¿Alguien en su hogar solicitó Medicaid?     Sí     No

Quién: \_\_\_\_\_ **En caso afirmativo y denegado, sírvase proporcionar una copia del aviso de denegación de Medicaid.**

7. ¿Ha solicitado asistencia financiera en otra instalación?     Sí     No    Si la respuesta es sí, dónde: \_\_\_\_\_

8. ¿Hay alguna persona embarazada en su hogar?     Sí     No

9. ¿Alguien en su hogar sirvió en el ejército?     Sí     No    Quién: \_\_\_\_\_

10. ¿Ha presentado recientemente una reclamación de indemnización al trabajador o una reclamación por accidente automovilístico?

Sí     No    Fecha: \_\_\_\_\_

11. ¿Hay alguien en su hogar elegible para los beneficios del seguro social?     Sí     No    Quién: \_\_\_\_\_

12. ¿Alguien más lo reclama en su declaración de impuestos?     Sí     No    Quién: \_\_\_\_\_

13. INFORMACIÓN DEL HOGAR	PERSONA 1	PERSONA 2	PERSONA 3
---------------------------	-----------	-----------	-----------

\*NOMBRE de cada miembro del hogar: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

**Ingreso bruto mensual desde:**

Empleo: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Trabajo autónomo: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Cuentas de inversión: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Alquileres inmobiliarios: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Desempleo: (desde ( \_ / \_ / \_ ) \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Jubilación: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

(Seguridad Social, pensión,

Manutención alimenticia/manutención de niños: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Asistencia pública, cupones de alimentos: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Otros ingresos: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**Ahorros e inversiones:**

Saldos de cuentas corrientes \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Cuenta de Ahorros y CD \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

IRAs, 403B, 401K:

Especifique: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Otros ahorros e inversiones:

Especifique: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**Otros:**

Automóvil: ¿Año, marca, modelo? \_\_\_\_\_

Vehículo recreativo (RV): ¿Año, marca, modelo? \_\_\_\_\_

**14. GASTOS DOMÉSTICOS**

Pago de alquiler mensual: \$ \_\_\_\_\_ o Pago hipotecario: \$ \_\_\_\_\_ Saldo de préstamo hipotecario \$ \_\_\_\_\_

Monto del impuesto sobre la propiedad no incluido en el monto del pago anterior: \$ \_\_\_\_\_ Valor del hogar: \$ \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna otra propiedad aparte de la residencia principal?  Sí  No En caso afirmativo, Valor \$ \_\_\_\_\_ Saldo de la Hipoteca: \$ \_\_\_\_\_

Si la otra propiedad es una empresa, agregar la dirección: \_\_\_\_\_

Pago de préstamo mensual: \$ \_\_\_\_\_ Pagado a: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_

La parte D de Medicare que se deduce del cheque de Seguridad social:  Sí  No Monto: \$ \_\_\_\_\_

Servicios \$ \_\_\_\_\_ Seguros (Auto/Vida/Propiedad) \$ \_\_\_\_\_ Otros: \$ \_\_\_\_\_

Manutención \$ \_\_\_\_\_ Seguro médico **Premium** \$ \_\_\_\_\_ Otros: \$ \_\_\_\_\_

Cuidado infantil \$ \_\_\_\_\_ Facturas de salud \$ \_\_\_\_\_ Otros: \$ \_\_\_\_\_

Gastos de mantenimiento \$ \_\_\_\_\_ Medicamentos \$ \_\_\_\_\_ Otros: \$ \_\_\_\_\_

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

Al firmar a continuación autorizo la solicitud de mi informe de crédito y/o declaración de impuestos. Entiendo que se necesita una declaración de impuestos para procesar esta solicitud y que se puede solicitar más información antes de que se determine mi elegibilidad.

En el caso de que no haya divulgado completamente, o haya representado de manera inexacta cualquier ingreso o activo, cualquier acuerdo para proporcionarle un descuento de cuidado caritativo sería nulo y sin efecto y sería retroactivo de vuelta a la fecha en que se adeudaban las facturas. Yo podría ser responsable de cualquier/todos los honorarios legales durante el proceso de cobro.

Todos los miembros adultos del hogar que firman a continuación autorizan la liberación de cualquier información médica, financiera o de empleo que se relacione directamente con su atención médica o con su elegibilidad de asistencia financiera. Esta información puede proporcionarse a cualquier proveedor de atención médica del cual los miembros del hogar hayan buscado servicios de atención médica o asistencia financiera. Toda la información proporcionada permanecerá confidencial bajo las disposiciones de las regulaciones federales de la HIPAA. Los procedimientos opcionales podrían no considerarse para la asistencia.

Acepto que voy a pagar el premio de asistencia financiera completa si recibo pago de cualquier tipo por los servicios médicos cubiertos por esta solicitud, por ejemplo, pagos de seguros, pagos del programa gubernamental, adjudicación de una demanda o cualquier otro pago.

Si recibo Asistencia financiera, acepto decirle a la organización donde he solicitado por primera vez los cambios que podrían afectar la elegibilidad, incluidos los cambios en el tamaño de la familia, ingresos y cobertura de seguro médico. Entiendo que si mi/nuestra situación médica cambia para que yo/nosotros podamos ser elegibles para un programa de asistencia pública, tendré que enviar una solicitud a ese programa y proporcionar prueba de solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del co-solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha