

**Teléfono del asesor financiero: 603-281-6630**

Estimado solicitante:

Quizá puedas obtener ayuda financiera de Southern New Hampshire Health.

Para saber si usted o su hogar calificáis para asegurados o, de otro modo, para asistencia financiera a través de su proveedor, debe proporcionarnos prueba de sus ingresos. Por favor, rellene la solicitud adjunta y fírmala. Luego, por favor envíenos esa solicitud y una COPIA de cada uno de los siguientes para su hogar:

Documentación	Adjunto	No es necesario
Copia completa de tu declaración de la renta federal más reciente y todo Calendarios		
Copias de los formularios W-2 más recientes		
Copias de los tres (3) recibos de nómina más recientes y consecutivos o un Declaración del empleador.		
Copias de los tres (3) extractos bancarios más recientes (por ejemplo, ahorros, corriente, mercado monetario, IRA, 401K, etc.) <b>TODAS LAS PÁGINAS</b>		
Copias de prestaciones por desempleo o discapacidad Enunciados		
Copias de talones de prestaciones de pensión		
Copias de los ingresos de la seguridad social (estados de cuenta anuales de prestaciones, copia de cheque o depósito directo)		
Copia de la asignación de cupones de alimentos		
Copias de avisos de asistencia gubernamental (incluido el Departamento de Carta de Entrada de Gastos en Salud y Servicios Humanos y Medicaid)		
<u>Copias de los avisos de denegación de Medicaid, incluido el Plan de Asistencia de Primas</u>		
<u>Copias de avisos de subvenciones financieras de Marketplace</u>		

Por favor, utiliza esta lista de comprobación para asegurarte de que tenemos toda la información necesaria para procesar tu proceso rápida y correcto Aplicación. Podemos pedirte información adicional sobre tu evaluación crediticia y declaración de la renta. La información que proporcionas es confidencial.

Seguirás siendo responsable financieramente de cualquier servicio que recibas hasta que sepamos si cumples los requisitos Ayuda. Si no has recibido noticias nuestras en 30 días tras devolver tu solicitud, o necesitas ayuda para entenderlo IT, por favor llame al 603-281-6630.

**Por favor, devuelve la solicitud y los documentos solicitados a:**

Centro Médico del Sur de New Hampshire  
Servicios de Asesoramiento Financiero  
Oficina de la Cajera  
8 Prospect St.  
Nashua, NH 03060 Apartado Postal 2014

## Solicitud de Ayuda Financiera

### 1. Información del paciente:

Apellido	Nombre de pila	Inicial Media	Número de Seguridad Social	
	Fecha de nacimiento	Dirección de la calle	Ciudad	Estado
	Código postal	Duración del tiempo en la dirección		
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono	Número de teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/> Sencillo	<input type="checkbox"/> Casados	<input type="checkbox"/> Unión Civil
		<input type="checkbox"/> Separados	<input type="checkbox"/> Divorciados	<input type="checkbox"/> Viuda
		<input type="checkbox"/> Ciudadano	<input type="checkbox"/> Residente en NH	

### 2. Persona responsable de pagar la factura

Apellido	Nombre de pila	Inicial Media	Relación con el paciente	Número de Seguridad Social
Dirección si es diferente a la del paciente		Número de teléfono fijo		Número de teléfono del trabajo
Nombre de la compañía de seguros			Fecha de vigencia	

### 3. **\*\*Por favor, indique TODAS las personas que viven en el hogar, incluyendo al solicitante:** Utiliza una hoja adicional

NOMBRE	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURIDAD SOCIAL#
	Solicitud Sí/No		
1	<b>Yo</b>		
2			
3			
4			
5			

### 4. Pasado Fecha(s) de servicio: \_\_\_\_\_

¿Es esta solicitud para servicios futuros o pasados?

Futuro

5. Por favor, rellena si alguien en tu hogar tiene seguro:

Seguro de salud (Póliz/Nombre) \_\_\_\_\_, Cuenta de ahorro para la salud (círculo) – Sí No **Quién:** \_\_\_\_\_  
Política #/ID# \_\_\_\_\_ Cuantume de la franquicia: \_\_\_\_\_

Medicare Parte A \_\_, Medicare Parte B \_\_ Recibe asistencia para pagar Medicare Parte B \_\_\_\_\_ **Quién:** \_\_\_\_\_

6. ¿Alguien en tu hogar ha solicitado Medicaid?  Sí  No

Quién: \_\_\_\_\_ Si es Sí y se denega, por favor proporciona una copia del aviso de denegación de Medicaid.

Si es así, ¿dónde: \_\_\_\_\_

7. ¿Has solicitado ayuda financiera en otra instalación?  Sí  No

8. ¿Hay alguien en tu casa embarazada?  Sí  No

9. ¿Alguien en tu hogar ha servido en el ejército?  Sí  No **Quién:** \_\_\_\_\_

10. ¿Has presentado recientemente una reclamación por compensación laboral o por accidente de tráfico?  Sí  No

Fecha: \_\_\_\_\_

11. ¿Hay alguien en tu hogar que sea elegible para las prestaciones de la Seguridad Social?  Sí  No

Quién: \_\_\_\_\_

12. ¿Alguien más te declara en su declaración de la renta?  Sí  No **Quién:** \_\_\_\_\_

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

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

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

**Ingresos brutos mensuales de:**

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

Trabajo por cuenta propia: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

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

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

Desempleo: (ya que (\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_)) \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

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

(Seguridad Social, Pensiones, Anualidades)

Manutención alimenticia/Manutención de los hijos: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

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

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

**Ahorros e inversiones:**

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

salvos de cuentas de ahorro y depósitos a plazo \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

IRAs, 403B, 401K: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Específica: \_\_\_\_\_

Otros ahorros e inversiones: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Específica: \_\_\_\_\_

**Otros:** \_\_\_\_\_

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

Vehículos recreativos: ¿Año, marca, modelo? \_\_\_\_\_

14. GASTOS DEL HOGAR
----------------------

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

Importe del impuesto sobre la propiedad no incluido en el importe del pago anterior: \$ \_\_\_\_\_ Valor de la vivienda: \$ \_\_\_\_\_

¿Posees propiedades que no sean residencia principal?  Sí  No Si sí, valor \$ \_\_\_\_\_ Saldo hipotecario: \$ \_\_\_\_\_

Si otra propiedad es un negocio, indica la dirección: \_\_\_\_\_ Pago mensual del préstamo: \$ \_\_\_\_\_ P a g a d o a : \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Medicare Parte D deducida del cheque de la Seguridad Social:  Sí  No

Utilities	\$	Insurance (Auto/Life/Property)	\$	Other:	\$ ____
Alimony/Child Support	\$	Health Insurance <u>Premium</u>	\$	Other:	\$ ____
Child Care	\$	Healthcare Bills	\$	Other:	\$
Living (gas, food, clothes)	\$	Medications	\$	Other:	\$

**15. CESIÓN DE DERECHOS**    *Lee con atención*

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 tramitar esta solicitud y que se puede solicitar más información antes de determinar mi elegibilidad. En caso de que no haya declarado completamente, o haya representado de forma inexacta, ningún ingreso o bien, cualquier acuerdo para ofrecerte un descuento en atención benéfica sería nulo y sin efecto y tendría retroactivo hasta la fecha en que se debían pagar las facturas. Puede que sea responsable de todos los honorarios legales durante el proceso de cobro.

Todos los miembros adultos del hogar que firmen a continuación autorizan la divulgación de cualquier información médica, financiera o laboral que se relacione directamente con su atención sanitaria o con su elegibilidad para la asistencia financiera. Esta información puede ser facilitada a cualquier proveedor sanitario de quien los miembros del hogar hayan solicitado servicios sanitarios o asistencia financiera. Toda la información proporcionada permanecerá confidencial conforme a las disposiciones de la normativa federal HIPAA. Los procedimientos electivos pueden no considerarse como ayuda. Estoy de acuerdo en que devolveré la indemnización completa de la ayuda financiera si recibo cualquier tipo de pago por los servicios médicos cubiertos por esta solicitud, por ejemplo, pagos de seguros, pagos de programas gubernamentales, indemnización de una demanda o cualquier otro pago.

Si recibo Asistencia Financiera, acepto informar a la organización donde solicité por primera vez cualquier cambio que pueda afectar a la elegibilidad, incluyendo cambios en el tamaño de la familia, ingresos y cobertura del seguro médico. Entiendo que si mi situación médica o nuestra cambia para que yo/nosotros podamos ser elegibles para un programa de asistencia pública, tendré que solicitar plaza en ese programa y aportar prueba de solicitud.

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

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*C0-Firma del solicitante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*