



Solicitud de ayuda financiera

Si usted necesita ayuda para llenar este formulario, sírvase pedir hablar con uno de nuestros asesores financieros o llame al Centro de Atención al Cliente al a línea telefónica gratis 1-800-251-9292 o a número de teléfono local al 505-923-6600.

Nombre del centro clínico de PHS _____ Nombre del paciente _____ Número de la cuenta _____

Las instrucciones para llenar este formulario:

Una vez que se haya llenado este formulario se debe adjuntar a la documentación que se necesita y devolverlo a la división de cuentas de los pacientes de PHS para procesarlo.

- La(s) declaración/declaraciones de ingresos del año anterior
- Por lo menos los últimos dos talones de sus cheques salariales

Nombre de la parte responsable _____ Últimos 4 dígitos del n° de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____
 Domicilio _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Número del teléfono de la casa _____ Número del teléfono celular _____
 Empleador _____ Número del teléfono del trabajo _____

Nombre de otra parte responsable _____ Últimos 4 dígitos del n° de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____
 Número del teléfono celular _____ Su relación o parentesco con el paciente _____
 Empleador _____ Número del teléfono del trabajo _____

Sus ingresos mensuales/anuales brutos \$ _____

Las otras personas que viven en su casa

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación o parentesco	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación o parentesco

Se exige que las personas que soliciten ayuda financiera exploren primero otras fuentes de financiamiento. Sírvase indicar las fuentes de ayuda que usted haya solicitado y por qué no es elegible para recibir esa ayuda.

- Seguro médico grupal _____
¿Ofrece su empleador un seguro médico grupal? sí / no
- El Programa Medicaid: si se le denegó, sírvase adjuntar copia de la denegación del Programa Medicaid
- Otras prestaciones públicas, ya sean estatales o del condado (Sole Community [prestaciones del Programa Medicare], indigente)
- Otros programas de terceros (de propietarios de casa, de automóviles etc.)
- Cobertura del seguro Cobra

Se exige que se firme el formulario al dorso



Explique por qué usted no puede pagar el saldo de su cuenta: (a lo mejor se exija que proporcione documentación adicional)

Si usted no tiene la documentación necesaria que se indica, le rogamos que nos lo diga ya que tal vez podemos aceptar otra documentación para satisfacer este requisito. Si es necesario, le llamaremos a los números de teléfono que ha indicado. Se le puede denegar la ayuda financiera a los pacientes que no sigan hasta el final el proceso de solicitud o quienes se nieguen a solicitar la ayuda de programas externos para los cuales quizás califiquen.

Por la presente afirmo que la información que se proporciona aquí dentro es verdad y correcta. Autorizo toda verificación que sea necesaria, incluso los informes de las entidades de crédito. Tengo entendido que si se determinara que esta información es falsa o engañosa, será mi responsabilidad pagar los cobros por todos los servicios prestados. Tengo entendido que esta solicitud de ayuda financiera no corresponde a otros proveedores de servicios médicos.

Favor de devolver la solicitud una vez que la haya llenado completamente junto con la documentación necesaria y envíela por fax al (505) 923-6698 o la puede enviar por correo a:

Presbyterian Healthcare Services

Attention: Patient Accounting
PO Box 26268
Albuquerque, NM 87125

Firma del solicitante _____ **Fecha** _____

Presbyterian se compromete a proteger la confidencialidad de sus pacientes. Toda la información que aporten las personas a Presbyterian mediante el proceso de solicitud de ayuda financiera se guardará confidencialmente, Presbyterian solo la utilizará para fines internos y no se divulgará a ningún tercero fuera del sistema de Presbyterian sin que la persona dé su consentimiento explícito.

Sólo para uso interno:

<i>Número de la cuenta</i>	<i>Centro clínico</i>	<i>Monto</i>	<i>Número de la cuenta</i>	<i>Centro clínico</i>	<i>Monto</i>

Se aprueba _____ Fecha _____

- Asistencia del 50%
- Asistencia del 75%
- Asistencia del 100%

Se deniega _____ Fecha _____

- Ingresos de más del 400% del Índice Federal de Pobreza [FPL, en inglés]
- No se recibió la documentación