

Nombre del centro clínico de PHS _

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 a al Cliente al a línea telefónica gratis 1-800-251-9292 o a número de telefono local al 505-923-6600.

Número de la cuenta_

_Nombre del paciente

Las instrucciones para llena	ır este formulari	io:					
	PHS para proces claraciones de in		-	necesita y devolverl	o a la división de		
Nombre de la parte responsable	n ^o						
Ciudad Número del teléfono de la cas	sa	EstadoCódigo postal Número del teléfono celular Número del teléfono del trabajo					
Nombre de otra parte responsable Número del teléfono celular _ Empleador Sus ingresos mensuales/anual		Su rela Número del te	na ción o parentesco con e	l paciente			
Las otras personas que vive Nombre	n en su casa Fecha de nacimiento	Relación o parentesco	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación o parentesco		
Se exige que las personas que fuentes de ayuda que usted Seguro médico grupal ¿Ofrece su empleador un El Programa Medicaid: si Otras prestaciones pública Otros programas de terces Cobertura del seguro Cob	seguro médico gr se le denegó, sír as, ya sean estata ros (de propietari	y por qué no es elegible rupal? sí / no vase adjuntar copia de la les o del condado (<i>Sole</i>	e para recibir esa ayud a denegación del Progra Community [prestacione	ma <i>Medicaid</i>			

Se exige que se firme el formulario al dorso

	ESBYTERIAN				
Explique por	qué usted no puede pagar el saldo	de su cuenta: (a lo mejor se exija q	ue proporcione documentac	ión adicional)
documentación denegar la ayu	ne la documentación necesaria que se para satisfacer este requisito. Si esta da financiera a los pacientes que no externos para los cuales quizás calif	s necesario, le lla sigan hasta el fin	maremos a los núme	ros de teléfono que ha indicad	lo. Se les puede
necesaria, incle engañosa, será	e afirmo que la información que se p uso los informes de las entidades de mi responsabilidad pagar los cobro corresponde a otros proveedores de s	crédito. Tengo s por todos los se	entendido que si se d ervicios prestados. T	eterminara que esta informaci	ón es falsa o
	lver la solicitud una vez que la haya 8 o la puede enviar por correo a:	llenado complet	amente junto con la o	locumentación necesaria y en	víela por fax al
Firma del soli	citante		Fecha		
Presbyterian n	e compromete a proteger la confide nediante el proceso de solicitud de d y no se divulgará a ningún tercero f	ayuda financiera	se guardará confide	ncialmente, Presbyterian solo	la utilizará para
Sólo para uso		1/1	N/ I	Control Parts	344
Número de	Centro clínico	Monto	Número de la cuenta	Centro clínico	Monto
la cuenta		1			
la cuenta					
la cuenta					
la cuenta Se aprueba			Fecha		

Fecha

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

Asistencia del 75% Asistencia del 100%

Se deniega_