

SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados en instalaciones y por médicos de Trinity Health

Personal y confidencial

Gracias por elegir Saint Agnes Medical Center como su proveedor de atención médica. Complete la solicitud adjunta y devuélvala a la dirección indicada a continuación para completar la evaluación de su asistencia financiera.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de servicio al cliente al 800-494-5797, de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m., hora del Este.

Atentamente,

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services
En nombre de Saint Agnes Medical Center
20555 Victor Parkway
Livonia, MI 48152

SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados en instalaciones y por médicos de Trinity Health

Complete y firme el formulario de solicitud y devuélvalo dentro de los 10 días, junto con copias de lo siguiente:

Verificaciones obligatorias

- Prueba de ingresos brutos del mes pasado
- Extractos bancarios completos de los últimos dos meses de todas las cuentas bancarias, con todas las páginas incluidas (explicación de depósitos recurrentes)
- Declaraciones de impuestos recientes (formulario 1040 con Anexo C, E o F) o declaraciones de pérdidas y ganancias de tres meses (para trabajadores independientes/dependientes)

Proporcione lo siguiente, si corresponde

- W2 reciente para ingresos estacionales
- Beneficio de desempleo/carta de denegación
- Ingresos de manutención infantil/pensión alimentaria
- Sin ingresos: complete la parte de la carta de apoyo financiero de la solicitud

Información del paciente

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	
Número del Seguro Social/EIN (opcional)	Teléfono celular	Otro teléfono	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico	¿De qué estado es residente?		
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro _____			
¿Presenta una declaración de impuestos federales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿por qué?		¿Pueden reclamarlo como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Usted o sus dependientes tenían cobertura de seguro de salud al momento del servicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (proporcione una copia de la tarjeta del seguro)			
¿Es residente documentado de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			
Miembros del hogar, incluido usted mismo, según sus declaraciones de impuestos recientes	Fecha de nacimiento	Vínculo con el paciente	Reclamado en la declaración de impuestos (Sí/No)

SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados en instalaciones y por médicos de Trinity Health

Verificación de ingresos de todos los miembros del hogar

Fuente de ingresos mensuales	¿Quién los recibe?	Ingreso mensual bruto (antes de impuestos)	Fuente de ingresos mensuales	¿Quién los recibe?	Ingreso mensual bruto (antes de impuestos)
Salarios			Indemnización laboral		
Seguro Social/Discapacidad			Desempleo		
Pensión			Manutención infantil/Pensión		
Trabajo independiente			Ingresos por alquiler de terrenos		
Asistencia pública			Otro		

Carta de apoyo financiero: solo debe completarla por la persona que brinda apoyo

- Proporciono más del 50% de apoyo para los gastos de manutención del paciente, pero no puedo ayudar con las facturas médicas.
- Al firmar esta carta, verifico que la declaración anterior es correcta y que de ninguna manera seré responsable de las facturas del paciente. Si tiene preguntas, comuníquese conmigo al _____ (número de teléfono)

Nombre de la persona que proporciona apoyo

Vínculo con el paciente

Firma de la persona que proporciona apoyo

Fecha

VERIFICACIÓN DE INGRESOS E IDENTIFICACIÓN

Certifico que la información incluida en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que la información proporcionada está sujeta a verificación. Seré responsable del reembolso de cualquier servicio prestado en las filiales de Trinity Health si la información anterior se proporciona bajo pretextos falsos.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

O firma del tutor legal (si corresponde): _____ Fecha: _____

Vínculo con el paciente: _____ Fecha: _____

Envíe su solicitud por correo a la dirección anterior, envíela por fax al 312-871-3350 y/o cargue documentos a través de MyChart (portal del paciente): <https://mychart.trinity-health.org/MyChart>. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de servicio al cliente al 800-494-5797 de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m., hora del Este.