

Solicitud de asistencia financiera de Woman's Hospital

Por favor comuníquese con nuestro asesor financiero al (225) 924-8354 para completar esta solicitud de asistencia

Nombre: _____ No. de seguro social _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Empleador: _____ ¿Es usted casada? Sí No

Nombre de su cónyuge: _____

¿Recibe usted Asistencia de nutrición suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance, SNAP por sus siglas en inglés)? Sí No

¿Ha solicitado Medicaid en los últimos 3 meses? Sí No

¿Cuántos miembros hay en su familia? _____ (Los miembros de la familia son los que se incluyen en la declaración de impuestos federal más reciente)

Enumere los nombres y las edades de todos los otros miembros de la familia además de usted y su cónyuge:

Ingreso familiar

Salario del paciente: \$ _____ Salario de cónyuge: \$ _____ Otro salario familiar: \$ _____

Otro ingreso familiar:

Pensión alimenticia \$ _____ Beneficios de sobreviviente \$ _____

Manutención \$ _____ Desempleo \$ _____

Intereses/dividendos \$ _____ Pago a veteranos \$ _____

Pensión/ingreso de jubilación \$ _____ Compensación por accidentes de trabajo \$ _____

Asistencia pública \$ _____ Otro (explique) _____ \$ _____

Seguro social/Discapacidad \$ _____

POR FAVOR ENVÍE LO SIGUIENTE CON ESTE FORMULARIO:

o Copia de identificación con fotografía: *Si el paciente no tiene una licencia de conducir de Louisiana, puede dar constancia de residencia al presentar una factura de servicios públicos en nombre de la familia o un contrato de arrendamiento/alquiler en nombre de la familia*

o Últimos dos talones de pago (puede sustituirse por una declaración de renta más reciente)

o Copia de la verificación para Asistencia de nutrición suplementaria (si aplica)

o La documentación de apoyo, como determinación de beneficios o declaraciones de banco para verificar los otros ingresos familiares (se puede sustituir el impuesto de renta más reciente)

o Declaraciones de pacientes si aplican para dificultades médicas: *los solicitantes con el ingreso familiar bruto anual que excedan el límite del nivel Federal de pobreza, pueden calificar para dificultades médicas al presentar declaraciones de pacientes (de cualquier proveedor de atención médica) que hayan incurrido seis meses antes de la presente solicitud. Se pueden presentar los estados de cuenta del paciente en nombre de todos los miembros de la familia del solicitante que vivan en la casa e incluir en la declaración de impuestos federal más reciente.*

Se pueden presentar los estados de cuenta del paciente en nombre de todos los miembros de la familia del solicitante que vivan en la casa e incluir en la declaración de impuestos federal más reciente.

Al firmar este documento, entiendo que se espera que los pacientes identificados como potencialmente elegibles para Medicaid u otros programas cooperen y apliquen a dichos programas. Además, certifico que la información proporcionada es correcta según mi leal saber y entender.

Firma de solicitante _____ Fecha _____

Por favor envíe esta solicitud a:

Woman's Hospital Financial Assistance Counselor
100 Woman's Way o Baton Rouge, LA 70817