

### Envíe la solicitud de asistencia financiera firmada y los adjuntos requeridos

**por fax a:** Parkview Patient Accounting: 260-458-5811

**O por correo a:** A la atención de: ARS Team Patient Financial Services  
Parkview Health  
P.O. Box 5600  
Fort Wayne, IN 46895

**Fecha de envío de la solicitud al paciente:** \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas sobre esta solicitud, por favor llame al 260-266-6700 o a la línea gratuita al 855-814-0012.

### GARANTE

Número del garante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del garante: Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Domicilio residencial: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Número de celular: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

<u>Todos los integrantes del hogar declarados como dependientes</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Seguro ¿Tiene cobertura?</u>	<u>Seguro ¿Está en la red?</u>	<u>Nombre del seguro</u>
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____

### INGRESOS

Ingresos mensuales del garante: \$ \_\_\_\_\_

Ingresos por propiedad en alquiler: \$ \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales del cónyuge: \$ \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales por pensión: \$ \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales por discapacidad: \$ \_\_\_\_\_

Compensación por desempleo: \$ \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales de Seguridad Social: \$ \_\_\_\_\_

Asignación militar: \$ \_\_\_\_\_

- ¿Era usted residente de Ohio en el momento de su servicio en el hospital?  Sí  No
- ¿Tenía usted Medicaid en el momento del servicio?  Sí  No
- ¿Tenía usted seguro médico u otro seguro de automóvil/responsabilidad civil en el momento del servicio?  Sí  No  
(Por favor adjunte una copia de Medicaid o del Seguro que no haya pagado esta factura)

### ACTIVOS/RECURSOS

Por favor indique si usted o alguien de su casa tiene alguno de los siguientes activos/recursos:

<u>Miembro de la casa</u>	<u>Tipo</u>	<u>Valor</u>
_____	Total de cuenta(s) corriente(s): _____	_____
_____	Total de cuenta(s) de ahorro: _____	_____
_____	Otros (CD, acciones, bonos, fondos comunes de inversión, etc.): _____	_____

**Continúa en el reverso**

**Solicitud**

- Solicitud de asistencia financiera completada y firmada

**Ingresos brutos**

- Dos (2) recibos de sueldo más recientes, del garante y del cónyuge, que demuestren los ingresos brutos y las deducciones en lo que va del año (Si los pacientes son elegibles para HCAP, es posible que se les solicite que proporcionen hasta tres (3) años de verificación de ingresos)
- Si presenta la solicitud en los primeros dos (2) meses del año nuevo, además de los recibos de sueldo más recientes, por favor también proporcione el último recibo de sueldo del año anterior del garante y del cónyuge
- Si es trabajador independiente, por favor proporcione un resumen de ingresos y gastos desglosados en lo que va del año
- Si tiene una licencia médica o discapacidad de corto plazo, proporcione la declaración de un médico o la fecha de regreso al trabajo prevista del paciente, junto con la verificación del ingreso por discapacidad en lo que va del año
- Constancia de beneficios por desempleo o una carta de separación/terminación en la que se verifica la fecha en que cesó la relación laboral, si actualmente no está empleado
- Copia de la carta de Seguridad Social o Beneficios para Veteranos del año en curso, en la que se indiquen los beneficios mensuales brutos (Seguridad Social 800-772-1213)
- Proporcione la dirección, el patrimonio y el valor de mercado de las propiedades en alquiler

**Impuestos**

- Forma 1040 de declaración del impuesto sobre los ingresos federal del año anterior con todos los anexos aplicables adjuntos. Si todavía no ha declarado impuestos, por favor explique el motivo. No se requiere la declaración de impuestos estatal. (Si no tiene una copia de la declaración de impuestos, puede acceder a [www.irs.gov](http://www.irs.gov) o llamar al 800-908-9946 para solicitar una "Transcripción de impuestos federales".)
- Formas W2 y/o 1099 del año anterior para todas las fuentes de ingresos; por ej., Seguridad Social, asignación militar, jubilación, pensión, compensación por desempleo, intereses e ingresos varios

**Estado de cuenta bancaria**

- Dos (2) estados de cuenta bancaria más recientes para todas las cuentas personales o de negocios, certificados de depósito e inversiones en acciones y bonos, que muestren todas las transacciones de los últimos 60 días. (En el caso de los estados de cuenta bancaria, "completo" significa que si el estado dice "página 1 de 6", se necesitan las 6 páginas, incluso si algunas de esas páginas se dejaron en blanco de manera intencional.)

**Varios**

- Si un integrante del hogar está en un centro de atención de largo plazo o en una residencia con servicios de apoyo, por favor proporcione la información del centro e indique los cargos mensuales por la atención
- Si recibe ayuda de un amigo o familiar, por favor proporcione una carta de esa persona en la que se enumeren los tipos de asistencia que le brindan
- Proporcione los documentos de respaldo de cualquier programa del condado, estado o federal para los que usted califica.
- Indique a continuación si ya ha solicitado asistencia o no a través de cualquiera de estos programas y si le informaron que no reunía los requisitos para recibir la asistencia (S = Sí; N = No):

Beneficencia/Medicaid (800-403-0864)\_\_\_\_\_ Discapacidad (866-770-1735)\_\_\_\_\_

El procesamiento de su solicitud puede tomarse de 10 a 14 días. Si se requiere información adicional, se necesitará tiempo de procesamiento adicional. Durante el proceso de asesoramiento financiero, determinaremos si usted califica para la cobertura de seguro médico a través de programas federales o estatales como Medicaid. Si es elegible para uno de estos programas, es posible que le pidamos que solicite cobertura. Nuestro equipo en The WellFund lo contactará. También puede contactarlos al 260-203-0933.

**Yo garantizo que la información anterior está completa y es correcta. Autorizo a Parkview Health a verificar esta información.**

**Firma del garante:** \_\_\_\_\_

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

**Firma del cónyuge:** \_\_\_\_\_

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