

CENTRAL CAROLINA HOSPITAL

A Duke LifePoint Hospital Solicitud de ayuda económica

1. Información del paciente

Nombre del paciente: _____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección del paciente: _____
Calle Ciudad Estado / Código postal

Número de teléfono del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Estado civil del paciente: _____
Soltero o casado

Número del Seguro Social del paciente: _____

Número de cuenta del paciente: _____

2. Información del garante

Nombre del garante: _____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección del garante: _____
Calle Ciudad Estado / Código postal

Número de teléfono del garante: _____

Fecha de nacimiento del garante: _____ Estado civil del garante: _____
Soltero o casado

Número del Seguro Social del garante: _____

Relación del garante con el paciente: _____

	Paciente o garante	Cónyuge
En caso negativo, ¿dispone de seguro médico a través de su empleador o escuela? (S/N)		
¿Tiene Medicare? (S/N)		
¿Tiene Medicaid? (S/N)		
¿Recibe beneficios para veteranos? (S/N)		

Ingresos totales del hogar

Indique los ingresos mensuales totales de su hogar procedentes de todas las fuentes:

<input type="checkbox"/> Sueldos	\$ _____	<input type="checkbox"/> Propinas	\$ _____
<input type="checkbox"/> Empleo autónomo	\$ _____	<input type="checkbox"/> Beneficios comerciales	\$ _____
<input type="checkbox"/> Ingresos por intereses	\$ _____	<input type="checkbox"/> Dividendos	\$ _____
<input type="checkbox"/> SSI/Seguro Social	\$ _____	<input type="checkbox"/> Ingreso por alquiler	\$ _____
<input type="checkbox"/> Manutención infantil	\$ _____	<input type="checkbox"/> Cuota alimentaria	\$ _____
<input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos	\$ _____	<input type="checkbox"/> Compensación por accidentes laborales	\$ _____
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	<input type="checkbox"/> Cupones para alimentos	\$ _____
<input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación	\$ _____	<input type="checkbox"/> Ingresos agrícolas	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro/A anualidades	\$ _____	<input type="checkbox"/> Asistencia social	\$ _____
<input type="checkbox"/> Ingresos fiduciarios	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otro	\$ _____

5. Documentación necesaria

Adjunte copias de los documentos que se enumeran a continuación, tanto del paciente o garante como del cónyuge (envíe solo copias, no documentos originales):

- Declaración de impuestos más reciente, incluidos los formularios W-2 y los anexos correspondientes
 - Los últimos 2 recibos de sueldo o una carta del empleador que confirme los ingresos (incluya el número de teléfono y la dirección del empleador)
 - Extractos bancarios de los últimos 2 meses
 - Constancia escrita de cualquier otro ingreso recibido (por ejemplo, manutención infantil, del Seguro Social, cuota alimentaria)
- O
- **Si no tiene ingresos: una carta o un comentario suyo que indique su fuente para pagar los costos de vida**

6. Otros comentarios

7. Acuse de recibo

Por la presente, reconozco que la información en esta solicitud (incluidos los documentos adjuntos) es verdadera, completa y exacta a mi leal saber y entender. Además, entiendo que para poder recibir la ayuda económica debo tomar todas las medidas necesarias para solicitar y obtener cualquier otra fuente de pago disponible (como Medicaid, Medicare, seguro, etc.).

Por la presente, autorizo a Central Carolina Hospital a comunicarse con cualquier persona, empresa u organización para verificar cualquier información facilitada. Además, autorizo a cualquier persona, empresa u organización a revelar dicha información a Central Carolina Hospital. También autorizo a Central Carolina Hospital a solicitar un informe de crédito del cliente.

Firma del paciente o garante: _____ Fecha

Firma del cónyuge: _____ Fecha

8. Instrucciones de envío/Información de contacto

Envíe por correo (o entregue en mano) su solicitud de ayuda económica completa con la documentación a:

Central Carolina Hospital
A la atención de: asesores financieros
1135 Carthage Street
Sanford, NC 27330

Para obtener más información sobre la Política de ayuda económica de Central Carolina Hospital, o para obtener ayuda con esta solicitud, llame a los servicios financieros para pacientes al 919-774-2077 o visite a un asesor financiero en la dirección de arriba.

El plazo de tramitación es de 30 días.

Solo para uso interno

Tramitada por: _____ Fecha: _____
Asesor financiero

Determinación de la elegibilidad: () Sí () No Descuento: _____ %

De rechazarse la solicitud, indicar el motivo: _____

Revisada/Aprobada por: _____ Fecha: _____
Gerente/Director de acceso de pacientes (o persona designada)

_____ Fecha: _____
Dirección de los servicios financieros para pacientes (o persona designada)

_____ Fecha: _____
Controlador/Director financiero del hospital (o persona designada)

Instrucciones para completar la solicitud de ayuda económica

1. Información del paciente

Nombre del paciente: en la línea en blanco, escriba de forma clara el nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del paciente.

Dirección del paciente: en la línea en blanco, escriba de forma clara la dirección donde vive el paciente, incluida la ciudad, el estado y el código postal.

Número de teléfono del paciente: en la línea en blanco, escriba de forma clara el número

de teléfono del paciente. Fecha de nacimiento del paciente: en la línea en blanco, escriba de forma clara la fecha de nacimiento del paciente.

Estado civil del paciente: escriba de forma clara “soltero” o “casado”.

Número del Seguro Social del paciente: en la línea en blanco, escriba de forma clara el número del Seguro Social del paciente.

Número de cuenta del paciente: escriba de forma clara el número de historia clínica que Central Carolina Hospital ha emitido para el paciente (o el número de identificación del garante si la solicitud es por los saldos de una persona a cargo).

2. Información del garante (completar si corresponde)

Nombre del garante: en la línea en blanco, escriba de forma clara el nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del padre, la madre, tutor u otra persona responsable del paciente (“garante”).

Dirección del garante: en la línea en blanco, escriba de forma clara la dirección donde vive el garante, incluida la ciudad, el estado y el código postal.

Número de teléfono del garante: en la línea en blanco, escriba de forma clara el número de

teléfono del garante. Fecha de nacimiento del garante: en la línea en blanco, escriba de forma clara la fecha de nacimiento del garante.

Estado civil del garante: escriba de forma clara “soltero” o “casado”.

Número del Seguro Social del garante: en la línea en blanco, escriba de forma clara el número del Seguro Social del garante.

Relación del garante con el paciente: describa cuál es la relación del garante con el paciente (por ejemplo, padre o tutor).

3. Información del cónyuge (completar si corresponde; se puede omitir si el paciente o garante es soltero) Nombre del cónyuge: en la línea en blanco, escriba de forma clara el nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del cónyuge o garante del paciente.

Dirección del cónyuge: en la línea en blanco, escriba de forma clara la dirección en la que vive su cónyuge (o indique “misma dirección” si usted y su cónyuge viven en el mismo lugar).

Número de teléfono del cónyuge: en la línea en blanco, escriba de forma clara el número de teléfono de su cónyuge. Fecha de nacimiento del cónyuge: en la línea en blanco, escriba de forma clara la fecha de nacimiento de su cónyuge.

Número del Seguro Social del cónyuge: en la línea en blanco, escriba de forma clara el número del Seguro Social de su cónyuge.

4. Información del hogar

Personas a cargo: escriba de forma clara el nombre, la relación y la fecha de nacimiento de cada persona de su hogar que pueda declarar como “persona a cargo” en sus impuestos (niños o adultos por los que usted asume económicamente más del 50 % de los costos de vida). Puede adjuntar hojas adicionales si necesita más espacio.

Información de empleo y seguro: tanto para el paciente o garante como para su cónyuge, responda a cada una de las preguntas planteadas. Escriba “Sí” o “No” o facilite la información solicitada en cada casilla correspondiente.

Ingresos totales del hogar: escriba de forma clara el total de ingresos que recibe su hogar (usted, su cónyuge y las personas a su cargo) todos los meses procedentes de todas las fuentes. Puede adjuntar hojas adicionales si necesita más espacio.

- Si su hogar recibe ingresos de una fuente que no aparece en la lista, indique esa cantidad en la línea correspondiente a “Otro”.
- Si su hogar recibe ingresos de una fuente que no le paga todos los meses, tome la cantidad total que ha recibido de esa fuente durante los últimos 12 meses, divídala por 12 e indique la cantidad resultante en la solicitud.

5. Documentación necesaria

Los documentos que aparecen en esta sección son necesarios para ayudarnos a determinar si puede recibir ayuda económica en virtud de la Política de ayuda económica de Central Carolina Hospital. Si no cuenta con los documentos enumerados, o no tiene manera de conseguirlos, explique el motivo. Tenga en cuenta que el personal de los servicios financieros para pacientes puede pedirle más información o documentación a la hora de tramitar su solicitud.

6. Comentarios

Utilice esta sección para compartir cualquier otra información que quiera que tengamos en cuenta a la hora de evaluar su solicitud de ayuda económica.

7. Acuse de recibo

Firma del paciente o garante: lea atentamente el acuse de recibo que aparece en esta sección y, luego, firme y feche la solicitud.

Firma del cónyuge: pida a su cónyuge (si está casado) que lea atentamente el acuse de recibo que aparece en esta sección y, luego, que firme y feche la solicitud.