Holland Hospital

SOLICITUD CONFIDENCIAL DE ASISTENCIA FINANCIERA

Por favor, provea toda la información solicitada. Si no aplica para usted, indíquelo escribiendo o marcando con un círculo "NA", según corresponda, en la sección del formulario. Adjunte páginas adicionales si es necesario. **La información incompleta o falsa en la solicitud puede resultar en una denegación** de la solicitud**, y el saldo de la cuenta adeudada será su responsabilidad.** Consulte la Política de asistencia financiera de Holland Hospital para obtener más información antes de completar la solicitud. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al 616-394-3626 o envíe un correo electrónico billing@hollandhospital.org

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que calificará para recibir asistencia financiera, incluso si lo solicita.
- Una vez que envíe su solicitud, podemos validar toda la información y podemos solicitar información adicional.
- Dentro de los 14 días calendario posteriores a que recibamos su solicitud y documentación completas, le enviaremos por correo una carta de determinación.

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE

Nombre de Parte Responsable		Segundo Nombre		Apellido
□ Masculino □ Femenino □ Otro (puede especificar)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		Seguro Social # (opcional – pero solicitado para una revisión más completa y una respuesta más rápida)
Nombre del Cónyuge	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Seguro Social # (opcional – pero solicitado para una revisión más completa y una respuesta más rápida)
Dirección postal de la persona responsable del pago de facturas _____ _____ _____ Ciudad Estado Código Postal				Número(s) de teléfono de contacto principal: ( ) ( ) Dirección de correo electrónico:

Situación laboral de la persona responsable del pago de la factura
□ **Empleado** (fecha de contratación): _____ □ **Desempleado** (por cuanto tiempo) _____
□ **Trabajador por cuenta propia** □ **Estudiante** □ **Discapacitado** □ **Jubilado** □ **Otros** _____

INFORMACIÓN FAMILIAR

Haga una lista de los dependientes menores de 18 años de la familia en su hogar.

NÚMERO DE PERSONAS EN LA FAMILIA: ____

NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE

¿Ha solicitado Medicaid? □ Sí □ No (es posible que deba ser evaluado para determinar su elegibilidad para Medicaid)

Holland Hospital

VERIFICACIÓN DE INGRESOS (basado en el ingreso mensual bruto)		
Fuentes de ingresos mensuales	**Parte responsable**	**Esposo**
Ingresos del trabajo (salarios)	$	$
Seguridad social	$	$
Discapacidad	$	$
Desempleo	$	$
Manutención conyugal/de los hijos	$	$
Propiedad de alquiler	$	$
Ingresos por inversiones	$	$
Asistencia estatal (es decir, cupones de alimentos)	$	$
Pensión/Dividendos	$	$
Propinas/Comisión	$	$
Compensación de Trabajadores	$	$
Otro(s)	$	$

ACTIVOS **Debe enumerar todos los fondos disponibles**			
Activo	**Nombre en la cuenta**	**Nombre del banco**	**Saldo actual**
Cuenta(s) de cheques			$
Cuenta(s) de ahorros			$
Cuenta(s) del mercado monetario			$
Cuenta(s) de ahorros para la salud			$
Cuenta(s) de gastos flexibles			$
Cuentas(s) de Retiro (es decir, 401K/IRA)			$
Acciones/Cuentas de inversión			$
Otro(s)			$
Enumere una cuenta corriente o de ahorro adicional. De ser necesario, adjunte páginas adicionales.			
			$
			$
			$

ACTIVOS ADICIONALES (automóviles, motocicletas, casa(s), propiedad, etc.)		
Activo	**Valor estimado**	**Saldo que debe (si procede)**

Firma requerida para procesar la solicitud: Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud y la documentación de respaldo son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Solicitaré, según sea necesario, cualquier asistencia federal, estatal o local para la cual pueda ser elegible para ayudar a pagar mi atención médica. Por la presente autorizo a Holland Hospital a solicitar un informe de verificación de crédito y / o verificar cualquier información anterior, según se considere necesario**. Entiendo que, si sabiéndolo proporciono información inadecuada o incompleta en esta solicitud, puedo no ser elegible para recibir asistencia financiera, y cualquier asistencia financiera que se me otorgue puede ser revertida y seré responsable del pago de mis facturas médicas.**

Firma del responsable: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge: _____ Fecha: _____

Holland Hospital

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD FINANCIERA

Consulte la Política de asistencia financiera de Holland Hospital antes de completar la solicitud. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al 616-394-3626 o envíe un correo electrónico billing@hollandhospital.org. La siguiente es una ***lista de verificación de la documentación requerida para ser devuelta con su solicitud***. ***Si está casado(a), debe proporcionar documentación tanto de usted como de su cónyuge.*** Si indica "Sí" a cualquiera de los documentos a continuación, asegúrese de que los documentos estén incluidos con la solicitud de revisión.

Por favor, complete ambas páginas de la solicitud. Si la solicitud no es completada, firmada y fechada de manera adecuada con toda la documentación de respaldo puede resultar en una denegación de su solicitud, y cualquier saldo de cuenta adeudado será su responsabilidad.

1.	Prueba de residencia permanente en Michigan	Sí	No	N/A
2.	Si trabaja por cuenta propia y/o tiene alquileres o ingresos agrícolas, adjunte una copia de sus formularios de impuestos federales más recientes con todos los anexos	Sí	No	N/A
3.	Copia reciente de los talones de pago con las ganancias del año hasta la fecha de los últimos 30 días	Sí	No	N/A
4.	Prueba de cualquier otro ingreso (*como seguridad* social, *diezmo*, *manutención conyugal, manutención de los hijos, etc.)*	Sí	No	N/A
5.	Carta de apoyo si está desempleado (*carta que explique quién lo está apoyando financieramente si no está empleado. La carta debe estar fechada y firmada por una persona de apoyo*, es decir, padre, *pareja, etc.)* Ver formulario adjunto	Sí	No	N/A
6.	Estados de cuenta bancarios para **TODAS** las cuentas corrientes y de ahorro con su nombre y/o el de su cónyuge. Los estados de cuenta deben ser del banco e incluir todas las páginas, incluso si están en blanco.	Sí	No	N/A
7.	Declaración actual de su IRA, 401K, HAS, FSA, MM	Sí	No	N/A
8.	¿Ha solicitado Medicaid? *En **caso afirmativo**, proporcione una carta de aprobación o denegación.* *Si **no**, es posible que deba utilizar nuestro socio de inscripción de Medicaid, MedAssist, para estar pre-examinado y/o para solicitar Medicaid. Puede comunicarse con MedAssist al 616-394-3795.*	Sí	No	N/A

Envíe la solicitud completa y los documentos de respaldo por uno de los métodos a continuación:

Correo:
Holland Hospital
A la atención de:
Defensores de Pacientes
602 Michigan Avenue
Holanda, MI 49423-4918

Fax:
Oficina de Defensores de Pacientes
616-494-4079

Correo electrónico:
Billing@hollandhospital.org
Oficina de Defensores de Pacientes

Holland Hospital

Declaración de apoyo financiero

Si reporta un ingreso mensual de $0.00, haga que la (s) persona (s) que lo ayude a usted y / o a su familia complete la Declaración de apoyo. En todos los demás casos, omita esta sección.

DECLARACIÓN DE APOYO FINANCIERO
(A completar por la persona que presta apoyo al solicitante)

Imprima su Nombre completo: _____ Teléfono # ( ) _____

Dirección: _____

_____
Ciudad Estado Código Postal

Relación con el paciente: _____

El solicitante me ha identificado como proveedor de apoyo financiero. A continuación, se muestra una lista de servicios o apoyo que proporciono al solicitante.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Por la presente certifico y verifico que toda la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que mi firma no me hará financieramente responsable de los cargos médicos del paciente.

_____
Firma (requerido)

_____
Fecha