

## Solicitud Confidencial de Asistencia Financiera

Por favor, llene toda la información solicitada. Si no se aplica, escriba "NA". Adjunte páginas adicionales si es necesario. La información incompleta o falsa en la solicitud resultará en una denegación de la solicitud y el saldo de la cuenta adeudado será su responsabilidad. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al (616) 394-3626 o envíe un correo electrónico a [billing@hollandhospital.org](mailto:billing@hollandhospital.org).

### Tenga en cuenta

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

### Información de la Parte Responsable

Nombre de la Parte Responsable		Segundo Nombre		Apellido
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino  <input type="checkbox"/> Otros (puede especificar)		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)		Número de Seguro Social (opcional, pero solicitado para una revisión más completa y una respuesta más rápida)
Nombre del Cónyuge	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de 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				Número(s) de teléfono de contacto principal(es):
<hr/> <hr/>				
Código postal de la ciudad-estado				Dirección de correo electrónico:
Situación laboral de la persona responsable del pago de la factura <input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación): _____ <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otros _____				

### Información de la Familia

Haga una lista de los familiares en el hogar menores de 18 años y que son dependientes de usted.

Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_ Adjunte una página adicional si es necesario

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Relación con el Solicitante

¿Ha solicitado Medicaid?

Sí  No (es posible que deba ser examinado para la elegibilidad de Medicaid)

**Verificación de ingresos (Basada en el Ingreso Mensual Bruto)**

Fuentes de ingresos mensuales	Responsable	Esposo
Ingresos del empleo (salarios)	\$	\$
Seguridad social	\$	\$
Discapacidad	\$	\$
Desempleo	\$	\$
Manutención conyugal/infantil	\$	\$
Propiedad de alquiler	\$	\$
Ingresos de inversión	\$	\$
Asistencia estatal (es decir, cupones de alimentos)	\$	\$
Pensiones/Dividendos	\$	\$
Propinas/Comisión	\$	\$
Compensación al Trabajador	\$	\$
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			\$
Mercado monetario			\$
Ahorros en Salud			\$
Gasto Flexible			\$
Cuenta(s) de jubilación (es decir, 401K/IRA)			\$
Acciones/Cuentas de inversión			\$
Otro(s)			\$

**Activos adicionales (automóviles, motocicletas, casa (s), propiedad, cualquier otro)**

Activo:	Valor estimado:	Saldo adeudado: (si corresponde)

**Firma requerida para procesar la solicitud:** Certifico que toda la información es válida y completa y 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.

Firma del Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Lista de Verificación de Solicitudes Financieras

La siguiente es una lista de verificación de la documentación requerida para que la envíe con su solicitud. Si está casado, proporcione documentación tanto para usted como para su cónyuge. Si indica "Sí" a cualquiera de los documentos a continuación, asegúrese de que sus documentos se incluyan con la solicitud de revisión.

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

Si trabaja por cuenta propia, tiene alquileres o ingresos agrícolas, adjunte una copia de los formularios de impuestos federales más recientes con todos los Anexos.	Sí	No	N/A
Copia reciente de los recibos de pago de los últimos 30 días con las ganancias del año hasta la fecha.	Sí	No	N/A
Prueba de cualquier otro ingreso ( <i>como seguro social, discapacidad, manutención conyugal, manutención de los hijos, etc.</i> )	Sí	No	N/A
Carta de apoyo si está desempleado ( <i>la carta explicara quién lo está apoyando financieramente si no está empleado. La carta debe estar fechada y firmada por una persona que la apoye, es decir, padres, parejas, etc.</i> ) Ver formulario adjunto	Sí	No	N/A
Estados de cuenta bancarios formales con todas las páginas de los últimos 2 meses ( <i>deben incluir el logotipo de la institución y el nombre completo y la dirección del titular de la cuenta</i> )	Sí	No	N/A
Estado de cuenta actual de su IRA, 401K, HAS, FSA, MM	Sí	No	N/A
¿Ha solicitado Medicaid? <i>En <b>caso afirmativo</b>, proporcione una carta de aprobación o denegación. Si <b>no</b>, es posible que deba utilizar nuestro socio de inscripción de Medicaid – MedAssist para ser preseleccionado y / o para solicitar Medicaid. Puede comunicarse con MedAssist llamando al (616) 394-3795</i>	Sí	No	N/A

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

Correo:  
Holland Hospital  
Servicios Financieros para Pacientes  
Atención a: Patient Advocates  
602 Avenida Michigan  
Holland, MI 49423-4918

Fax:  
Oficina del Defensor del Paciente  
(616) 494-4079

Correo electrónico:  
[Billing@hollandhospital.org](mailto:Billing@hollandhospital.org)  
Oficina del Defensor del Paciente

## Estado de apoyo financiero

Si reporta ingresos mensuales de \$0.00, por favor haga que la persona (s) que lo ayude y/o su familia completen la Declaración de Apoyo. En todos los demás casos, omita esta sección.

### Estado de apoyo financiero

(A completar por la persona que presta apoyo al solicitante)

Imprimir Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Teléfono:( ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad

Estado

Código Postal

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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 según mi leal saber y entender. Entiendo que mi firma no me hará financieramente responsable de los cargos médicos del paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma (requerido)

\_\_\_\_\_  
Fecha