



RUTHERFORD REGIONAL
HEALTH SYSTEM

Solicitud de ayuda financiera

1. Información del paciente

Nombre del paciente: _____
Primer 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 de Seguridad Social del paciente: _____

Número de cuenta del paciente: _____

2. Información del garante

Nombre del garante: _____
Primer 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 de Seguridad Social del garante: _____

Relación del garante con el paciente: _____

3. Información del cónyuge

Nota: Si el paciente/garante está casado, se requieren la información financiera y la firma del cónyuge para procesar esta solicitud.

Nombre del cónyuge: _____
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección del cónyuge: _____
Calle Ciudad Estado / Código postal

Número de teléfono del cónyuge: _____

Fecha de nacimiento del cónyuge: _____

Número de Seguridad Social del cónyuge: _____

4. Información del hogar

Dependientes

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento

Información del empleo y del seguro

	Paciente/garante	Cónyuge
Nombre del empleador (Si está desempleado, escriba "ninguno")		
¿Asiste a la escuela? (Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la escuela)		
¿Tiene seguro de salud? (Sí/No)		

	Paciente/garante	Cónyuge
Si la respuesta es no, ¿tiene un seguro de salud disponible a través de su empleador o escuela? (Sí/No)		
¿Tiene Medicare? (Sí/No)		
¿Tiene Medicaid? (Sí/No)		
¿Recibe beneficios para veteranos? (Sí/No)		

Ingresos totales del hogar

Anote los ingresos totales de su hogar de todas las fuentes:

- | | | | |
|---|----------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Salario | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Propinas | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Trabajo autónomo | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Ganancias de una empresa | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Dividendos | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> SSI/Seguridad Social | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Manutención de hijos | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Compensación laboral | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Cupones de alimentos | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensión/jubilación | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Ingresos agrícolas | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro/A anualidad | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Ayuda pública | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de un fideicomiso | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Otros | \$ _____ |

5. Documentación requerida

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

- Declaración de impuestos más reciente, incluidos los formularios W-2 y los anexos de apoyo
 - Los últimos 2 recibos de sueldo o una carta de un empleador que verifique el ingreso (incluya el número de teléfono y la dirección del empleador)
 - Extractos bancarios de los últimos 2 meses
 - Comprobación por escrito de cualquier otro ingreso recibido (es decir, manutención de hijos, seguridad social, pensión alimenticia)
- O
- **Si no tiene ingresos, una carta o comentario debajo de parte suya donde declare su fuente para pagar sus necesidades básicas**

6. Otros comentarios

7. Reconocimiento

Por la presente, reconozco que la información de esta solicitud (incluidos los anexos) es verdadera, completa y precisa a mi leal saber y entender. Además, entiendo que, para reunir los requisitos para la ayuda financiera, debo tomar todas las medidas necesarias para solicitar y obtener otras fuentes de pago disponibles (como Medicaid, Medicare, seguro, etc.).

Por la presente, autorizo a Rutherford Regional Health System a contactar a cualquier persona, empresa u organización para verificar cualquier información dada, y autorizo a dicha persona, empresa u organización a divulgar tal información a Rutherford Regional Health System. También autorizo a Rutherford Regional Health System a solicitar un informe de crédito del consumidor.

Firma del paciente/garante: _____
Fecha

Firma del cónyuge: _____
Fecha

8. Instrucciones para el envío por correo / Información de contacto

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

Rutherford Regional
Health System
A la atención de: Asesores
financieros
288 South Ridgecrest Ave.
Rutherfordton, NC 28139

Si desea obtener más información sobre la política de ayuda financiera de Rutherford Regional Health System, o si necesita ayuda con esta solicitud, llame a Servicios financieros para pacientes al 828-286-5000 o visite a un asesor financiero en la siguiente dirección.

El procesamiento tarda unos 30 días.

Solo para uso interno

Procesado por: _____ Fecha: _____
Asesor financiero

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

Si se rechaza, indique la razón: _____

Revisado/aprobado por: _____ Fecha: _____
Gerente/director de acceso del paciente (o designado)

Director de Servicios financieros para pacientes (o designado) Fecha: _____

Controlador del hospital/Gerente financiero (o designado) Fecha: _____

Instrucciones para completar la solicitud de ayuda financiera

1. Información del paciente

Nombre del paciente: Escriba con letra clara en el renglón en blanco el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del paciente.

Dirección del paciente: Escriba con letra clara en el renglón en blanco la dirección donde vive el paciente; incluya la ciudad, el estado y el código postal.

Número de teléfono del paciente: Escriba con letra clara en el renglón en blanco el número de teléfono del paciente. Fecha de nacimiento del paciente: Escriba con letra clara en el renglón en blanco la fecha de nacimiento del paciente.

Estado civil del paciente: Escriba con letra clara "soltero" o "casado".

Número de Seguridad Social del paciente: Escriba con letra clara en el renglón en blanco el número de Seguridad Social del paciente.

Número de cuenta del paciente: Escriba con letra clara el número de registro médico que Rutherford Regional Health System le ha enviado al paciente (o el número de identificación del garante si la solicitud es para el saldo de un dependiente).

2. Información del garante (Complete si corresponde)

Nombre del garante: Escriba con letra clara en el renglón en blanco el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del padre/madre, tutor legal del paciente u otra persona responsable ("garante").

Dirección del garante: Escriba con letra clara en el renglón en blanco la dirección donde vive el garante; incluya la ciudad, el estado y el código postal.

Número de teléfono del garante: Escriba con letra clara en el renglón en blanco el número de teléfono del garante. Fecha de nacimiento del garante: Escriba con letra clara en el renglón en blanco la fecha de nacimiento del garante.

Estado civil del garante: Escriba con letra clara "soltero" o "casado".

Número de Seguridad Social del garante: Escriba con letra clara en el renglón en blanco el número de Seguridad Social del garante.

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

3. Información del cónyuge (Complete si corresponde; puede saltarse si el padre/madre/tutor es soltero) Nombre del cónyuge: Escriba con letra clara en el renglón en blanco el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del cónyuge del paciente/garante.

Dirección del cónyuge: Escriba con letra clara en el renglón en blanco la dirección donde reside su cónyuge (o indique "La misma" si usted y su cónyuge residen en la misma dirección).

Número de teléfono del cónyuge: Escriba con letra clara en el renglón en blanco el número de teléfono de su cónyuge. Fecha de nacimiento del cónyuge: Escriba con letra clara en el renglón en blanco la fecha de nacimiento de su cónyuge.

Número de Seguridad Social del cónyuge: Escriba con letra clara en el renglón en blanco el número de Seguridad Social de su cónyuge.

4. Información del hogar

Dependientes: Escriba con letra clara el nombre, la relación y la fecha de nacimiento de cada persona de su hogar que pueda adjudicarse como dependiente en sus impuestos (niños o adultos a los que provea financieramente más del 50 % de sus gastos básicos). Puede adjuntar más hojas si necesita más espacio.

Información del empleo y el seguro: Tanto para el paciente/garante como para su cónyuge, responda cada una de las preguntas que se indican. Escriba "Sí" o "No" o brinde la información solicitada en cada casilla correspondiente.

Ingreso total del hogar: Escriba con letra clara el ingreso total que su hogar (usted, su cónyuge y sus dependientes) recibe cada mes de todas las fuentes. Puede adjuntar más hojas si necesita más espacio.

- Si su hogar recibe ingresos de una fuente que no ve enumerada, indique ese monto en la línea de "Otros".
- Si su hogar recibe ingresos de una fuente que no se le paga todos los meses, tome el monto total que ha recibido de esa fuente durante los últimos 12 meses, divídalo entre 12 e indique ese monto en la solicitud.

5. Documentación requerida

Los documentos enumerados en esta sección se necesitan para ayudarnos a determinar si califica para recibir ayuda financiera en virtud de la política de ayuda financiera de Rutherford Regional Health System. Si no tiene los elementos enumerados, o no puede producirlos, incluya una explicación de por qué. Tenga en cuenta que, al procesar su solicitud, el personal de servicios financieros del paciente puede solicitarle información o documentación adicional.

6. Comentarios

Use esta sección para compartir cualquier información adicional que le gustaría que tuviéramos en cuenta en la evaluación de su solicitud de ayuda financiera.

7. Reconocimiento

Firma del paciente/garante: Lea atentamente el enunciado de reconocimiento de esta sección y luego firme y ponga fecha a la solicitud.

Firma del cónyuge: Pida a su cónyuge (si está casado) que lea atentamente el enunciado de reconocimiento de esta sección y luego firme y ponga fecha a la solicitud.