

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguridad Social #: _____
 Dirección Actual: _____ Teléfono de casa #: _____
 Estado civil: _____ Estatus de empleo: _____ Teléfono alterno #: _____

Si es casado/a, complete debajo:

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguridad Social #: _____
 Estatus de Empleo de su cónyuge: _____

Enliste debajo a todos los dependientes declarados en la Declaración de Impuestos (si necesita espacio adicional, anexe una hoja separada):

Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Ingresos: _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Ingresos: _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Ingresos: _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Ingresos: _____

Marque debajo si cumple con cualquiera de las condiciones enlistadas: (Anexe documentación)

<input type="checkbox"/> Recibe Medicaid Estatal	<input type="checkbox"/> Recibe cupones de alimento/alimentos subsidiados en la escuela/WIC/LACHIP/HUD
<input type="checkbox"/> Sin hogar/indigente	<input type="checkbox"/> Recibe prescripciones financiadas por el estado
<input type="checkbox"/> Fallecido sin cónyuge/bienes	<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil y/o víctima de un crimen violento

Consideraciones de Ingresos: (ingresos brutos de trabajo, desempleo, SSI/SSDI, retiro, todas las demás fuentes de ingreso)

Ingreso mensual bruto del paciente: _____ Tarifa por hora / Horas por semana: _____ Fuente de ingresos: _____
 Ingreso mensual bruto del cónyuge: _____ Tarifa por hora / Horas por semana: _____ Fuente de ingresos: _____
 Otros miembros de la familia que viven en el hogar:
 Ingreso mensual bruto: _____ Tarifa por hora / Horas por semana: _____ Fuente de ingresos: _____

Se considera el ingreso familiar al tomar una determinación sobre la asistencia financiera. Se utiliza lo siguiente al calcular el ingreso y el ingreso familiar:

- * Incluye ganancias, compensación por desempleo, compensación al trabajador, Seguridad Social, Ingreso Suplemental de Seguridad, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios de sobreviviente, pensión o ingreso por retiro, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de fincas, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia de fuera del hogar y otras fuentes varias.
- * Se determina antes de impuestos, incluye los ingresos de todos los miembros de la familia que residan juntos y los dependientes declarados en la declaración de impuestos. (No parientes, tales como compañeros de casa, no cuentan.) Para los dependientes que viven fuera del hogar, el ingreso familiar incluirá el ingreso de los dependientes, junto con el ingreso de aquellos que declaran al dependiente en su Declaración de Impuestos.
- * El ingreso familiar también incluye los recursos o propiedades que son fácilmente convertibles a efectivo; incluyendo, sin limitación, las cuentas de cheques, cuentas de ahorros, acciones, bonos, certificados de depósito y efectivo. Los IRA y 401K son excluidos hasta que el dinero sea retirado.

Al firmar este documento, yo, el paciente o cuidador, certifico que la información de arriba es verdadera y precisa a lo mejor de mi conocimiento. Además, si se determina que el solicitante puede calificar para Medicare, Medicaid, u otra cobertura de seguro, tomaré cualquier acción razonablemente necesaria para obtener tal asistencia y asignaré o pagaré al hospital la cantidad recuperada para cargos del hospital. Si se comprueba que cualquier información proporcionada es falsa entiendo que el hospital puede reevaluar mi estado financiero y tomar cualquier acción que considere apropiada. También entiendo que completar esta solicitud no es garantía de aprobación del programa de asistencia financiera del hospital. Si aplica, doy mi consentimiento para divulgar mi información a las Compañías Farmacéuticas para propósitos de auditoría solo en los Programas de Asistencia para Reemplazo de Medicamentos de Mayoreo para el Paciente. Certifico que contactaré/notificaré al hospital en el caso de tener un cambio de seguro y/o ingresos.

Firma del Solicitante _____ Fecha: _____

VERIFICACIÓN DEL INGRESO Y DOCUMENTACIÓN DE APOYO

Se requiere una verificación de ingreso para cualquier solicitud de asistencia financiera. Se deben proporcionar los siguientes documentos:

1. Solicitud de Asistencia Financiera completa
2. Identificación con foto o identificación legal
3. Declaraciones de impuestos más recientes del paciente/fiador, miembros de la familia viviendo en la casa y dependientes declarados en la declaración de impuestos del paciente/fiador. Si el paciente/fiador no está obligado a declarar impuestos federales (debido a bajos ingresos o no recibir ingresos), se requiere una declaración del ISR.

Lada Gratuita IRS: 1-800-908-9946 o 800-829-1040

4. Prueba de ingresos del paciente/fiador, miembros de la familia que viven en la casa y dependientes declarados en la declaración de impuestos del paciente/fiador.
 - i. Si está empleado: Últimos 3 recibos de pago, estados de cuenta bancarios de los últimos 3 meses, W-2 más reciente disponible.
 - ii. Si es autoempleado: declaración mensual de ingresos para autoempleo o una copia del libro mayor de negocios/resumen de la cuenta de cheques del negocio.
 - iii. Si no está empleado: Una copia de la información de beneficios por incapacidad del Seguro Social, otro ingreso de Seguridad Social/beneficios, 1099R, pensión, asistencia pública, compensación al trabajador, fideicomiso, desempleo, apoyo militar, manutención de menores y pensión alimenticia; cheques de asistencia pública; cheques de retiro; y/o declaración notariada de apoyo.
5. Si el solicitante ha fallecido y no tiene a ninguna otra parte responsable entonces se necesita una copia del certificado de defunción para probar que el paciente ha fallecido antes de que la solicitud de asistencia financiera sea revisada.

DETERMINACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

1. Se debe recibir una solicitud completa junto con la documentación de apoyo dentro de los siguientes 30 días después de haber solicitado asistencia financiera.
2. Las solicitudes que no cumplan con estas condiciones pueden ser devueltas o considerarse denegadas.
3. Las solicitudes de asistencia financiera deberán procesarse oportunamente y el hospital notificará al paciente o solicitante por escrito dentro de los siguientes 30 días después de haber recibido la solicitud completa.
4. Si es aprobada, la asistencia financiera será aplicada a la fecha de servicio para la cual se inició la solicitud de asistencia financiera y a fechas futuras de servicios dentro de los siguientes seis meses.

Puede entregar su información en el Departamento de Admisiones o enviarla por correo a las siguientes direcciones:

Surgical Specialty Center
Attention: Admissions Dept
8080 Bluebonnet Boulevard
Baton Rouge, LA 70810