



**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Querido Paciente:

Para que el Hospital General de Roosevelt complete su solicitud de asistencia, la siguiente solicitud y los documentos requeridos deben devolverse a las *Consejeras Financieras* en persona, por fax al 575-356-9200, o' por correo al *RGH* atte: *Financial Counselor* 42121 US Hwy 70 Portales, NM 88130

**SECCIÓN I. INFORMACIÓN DEL APLICANTE**

Nombre (Apellido, Primero, Segundo)	El mejor # de teléfono para contactarte  (C, C, T)	# de Teléfono Alternativo  (C, C, T, O)
-------------------------------------	--	---

Dirección Donde Vives (Calle)	Ciudad	Estado	Codigo Postal/ Condado
Dirección de Envío (Calle or Caja Postal)	Ciudad	Estado	Codigo Postal/ Condado

Correo Electrónico	Idioma Preferido (marca uno) <input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Otro _____	Estado Civil (circula uno) Casado/a (legal o' ley común) Soltero/a      Separado/a Divorciado/a      Viudo/a
¿Has recibido ayuda financiera antes? _____		

**POR FAVOR CONTESTA TODA LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN**

**Residencia:**

- ¿Eres patrocinado por, o dependiente de alguien más? \_\_\_\_ sí \_\_\_\_ no; quien? \_\_\_\_\_
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos, ¿tiene un estado de inmigración elegible? \_\_\_\_ sí \_\_\_\_ no  
 Si sí a) Tipo de documento de inmigración \_\_\_\_\_ b) Visa/A # \_\_\_\_\_  
 c) Código /Estado \_\_\_\_\_ d) Fecha de Caducidad \_\_\_\_\_

**Arreglos de Vivienda:** (marca uno)

- Propietario o pagando una hipoteca     Vivir en una casa provista por otra persona     Viviendo con alguien mas
- Sin hogar- no hay hogar permanente     Casa Hogar: \_\_\_\_\_     Renta casa/apto./cuarto
- Visitante     Otro: \_\_\_\_\_

**Otra Cobertura de Salud:** (marque todo lo que le corresponda)

1. ¿Tiene usted o alguien en su hogar cobertura de atención médica a través de alguno de los siguientes tipos de cobertura?

Medicare \_\_\_ A \_\_\_ B     Medicaid: \_\_\_\_\_     Marketplace (Obamacare)

VA/ Tricare: \_\_\_\_\_     CHIP     Cobra     Privado o del Empleador

Cobertera Tercero: tipo \_\_\_\_\_ fecha de la lesión / accidente: \_\_\_\_\_

2. En los últimos 60 días, ¿terminó la cobertura de salud para alguien en su hogar? \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no  
Si sí ¿Qué tipo de cobertura y cuándo terminó? \_\_\_\_\_

3. En los últimos 30 días, ¿usted o alguien en su hogar solicitó Medicaid? \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no

4. En los últimos 30 días, ¿usted o alguien en su hogar solicitó Medicaid? \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no  
Si sí quien? \_\_\_\_\_

5. ¿Alguna persona en el hogar ha solicitado SSI o discapacidad alguna vez? \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no  
Si sí quien? \_\_\_\_\_ cuando? \_\_\_\_\_

Estado actual de la solicitud: \_\_\_\_\_

6. ¿Hay alguien en el hogar esperando un acuerdo de seguro debido a un accidente? \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no.  
Quien \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

**SECCIÓN II. TAMAÑO FAMILIAR E INGRESOS**

**Tamaño Familiar**

(Complete los espacios a continuación con información sobre usted y todos los demás que viven en su hogar y se consideran dependientes)

Nombre (apellido, primero, segundo)	Número de Seguro Social (si aplica)	Sexo	Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)	Relacion Contigo	Ciudadano estadounidense	Embarazada	Persona que solicita asistencia
				<b>Yo mismo</b>	Sí No	Sí No	Sí No
					Sí No	Sí No	Sí No
					Sí No	Sí No	Sí No
					Sí No	Sí No	Sí No
					Sí No	Sí No	Sí No
					Sí No	Sí No	Sí No
					Sí No	Sí No	Sí No
					Sí No	Sí No	Sí No

## Ingresos

(Enumere todos los ingresos recibidos de todas las fuentes para todos los miembros de su hogar ... tendrá que presentar una prueba actualizada de todas las fuentes de ingresos.)

Nombre de la persona que recibe dinero	Fuente de ingreso	Cantidad bruta de ingresos	Con que frecuencia recibe su pago

### SECCIÓN III. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

**IMPORTANTE ----- LEA CUIDADOSAMENTE Y COMPLETAMENTE**

Por la presente, presento la declaración anterior con el propósito de permitir que el Hospital General de Roosevelt evalúe mi estado financiero y determine mi elegibilidad para varios programas de asistencia financiera.

Por la presente doy fe de que la información que he proporcionado aquí es verdadera y correcta. Las declaraciones que he hecho, incluidas mis respuestas a todas las preguntas, son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.

Entiendo que esta solicitud es un documento legal y que si se determina que esta información es falsa y engañosa, se me negará la asistencia y seré responsable del pago de los cargos de todos los servicios prestados.

Entiendo que esta solicitud de asistencia financiera no se aplica a otros proveedores de atención médica fuera de RGH Clinics and Hospital o para servicios que no se consideran médicamente necesarios.

Estoy de acuerdo en informar cualquier cambio dentro de los **14 días** a partir de la fecha del cambio, como: ingresos, dirección (domicilio o correo), personas que viven conmigo, cobertura de salud, dirección de correo electrónico, número de teléfono. Si nos proporciona su dirección de correo electrónico, acepta recibir correspondencia de RGH sobre la asistencia financiera y la elegibilidad de su hogar.

Si no tiene la documentación requerida, infórmenos, ya que podremos aceptar una forma alternativa de documentación para satisfacer el requisito. A los pacientes que no cumplan con el proceso de solicitud, o que se nieguen a solicitar programas externos, a los que potencialmente se les puede aplicar, se les puede negar asistencia financiera (ejemplo- Medicaid)

Me han dicho y entiendo que esta solicitud se considerará sin importar la raza, el color, la religión, el credo, el origen nacional, la edad, el sexo, la discapacidad o la creencia política; que puedo solicitar una revisión de la decisión tomada en mi solicitud o recertificación de asistencia; y que puedo solicitar oralmente o por escrito, una decisión justa sobre las acciones que afectan la recepción o finalización del programa de asistencia financiera.

Al solicitar asistencia financiera, también acepto aceptar la responsabilidad de pago por cualquier monto adeudado de mi parte como resultado de cualquier subvención parcial, que puede ser otorgada. Mi firma a continuación autoriza la divulgación de información a los proveedores y contratistas de RGH, RGH, agencias estatales y federales, o programas de asistencia al paciente y para revisar los registros.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente / Garante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Cónyuge / Pareja Significativo)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

---

**For Internal Use Only:**

<i>Account Number</i>	<i>Facility</i>	<i>Amount of W/O</i>	<i>Account Number</i>	<i>Facility</i>	<i>Amount of W/O</i>

Approved: \_\_\_\_\_ yes \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_% date of approval: \_\_\_\_\_

HH members approved: \_\_\_\_\_

Denied: \_\_\_\_\_ yes \_\_\_\_\_ no date of denial: \_\_\_\_\_

Reason for denial: \_\_\_\_\_