

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Usted puede llenar esta solicitud de manera que pueda recibir asistencia financiera para cubrir las facturas de Franciscan Children's. Franciscan Children's utilizará la información que usted proporcione con su solicitud y cualquier información adicional requerida por Franciscan Children's para evaluar su elegibilidad para obtener ayuda financiera. Las determinaciones para Asistencia Financiera serán tomadas a la entera discreción de Franciscan Children's dentro de dos semanas de haber recibido la Solicitud de Asistencia Financiera completa y cualquier otro documento de respaldo/adicional requerido.

Es altamente recomendado que los pacientes soliciten cualquiera de los programas de asistencia que existen en el gobierno, tales como MassHealth y Connector Care, antes de solicitar el Programa de Ayuda Financiera en Franciscan Children's. Por favor, déjenos saber si usted recientemente solicitó Health Safety Net en otro hospital. El no solicitar el programa de asistencia del gobierno para el cual es muy probable que usted califique, podría resultar en un retraso o rechazo de su solicitud. Si usted necesita ayuda para solicitar los programas de asistencia del gobierno, por favor, pida hablar con nuestros miembros del personal de Cuentas del Paciente (en inglés, Patient Accounts) por medio de una llamada al 617-254-3800 EXT. 1202.

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/PACIENTE

Nombre Completo del Solicitante		Fecha de Nacimiento	Género
Dirección		Ciudad	Estado y Código Postal
Números de teléfonos	Casa: (____) _____	Móvil/Celular: (____) _____	Trabajo: (____) _____
Nombre del Paciente (si es diferente al del Solicitante)		Fecha de Nacimiento	Ingreso/Día de Servicio

2. MIEMBROS DE LA FAMILIA

Por favor, proporcione la siguiente información de todas las personas en su familia inmediata que residen en su casa. En caso que el paciente sea menor de 18 años, la familia debe incluir el paciente, el (los) padre (s) del paciente por nacimiento o adopción y los niños menores de 18 años (por nacimiento o adopción) que residen en la casa del paciente.

Nombre Completo de los Miembros de la Familia	Parentesco/Relación	Edad Actual o Fecha de Nacimiento
1. _____		
2. _____		

3.		
4.		
5.		
6.		

3. SALARIOS/SUELDOS: Por favor proporcione la documentación de todos los salarios/sueldos listados.

Nombre del Miembro de la Familia	Salario/Sueldo Bruto	Período del Salario/Sueldo Reportado (Haga un círculo en una de las opciones)
1.	\$	Por: Semana, Mes, Año
2.	\$	Por: Semana, Mes, Año
3.	\$	Por: Semana, Mes, Año
4.	\$	Por: Semana, Mes, Año
5.	\$	Por: Semana, Mes, Año
6.	\$	Por: Semana, Mes, Año

4. OTRO INGRESO: Por favor, proporcione la documentación para todos los ingresos listados.

Otro Ingreso Familiar	Miembro (s) de la Familia	Salario/Sueldo Bruto	Período del Salario/Sueldo Reportado (Haga un círculo en una de las opciones)
Pagos por Seguro Social		\$	Por: Semana, Mes, Año
Desempleo		\$	Por: Semana, Mes, Año
Pagos por Pensión		\$	Por: Semana, Mes, Año
Fondos por Discapacidad		\$	Por: Semana, Mes, Año
Beneficios de Veteranos		\$	Por: Semana, Mes, Año
Pensión Alimenticia/Manutención		\$	Por: Semana, Mes, Año
Compensación del Trabajador		\$	Por: Semana, Mes, Año
Negocio/Ingreso por Alquiler		\$	Por: Semana, Mes, Año
Ingreso por		\$	Por: Semana, Mes, Año

Inversión/Fideicomiso			
Otro _____		\$	Por: Semana, Mes, Año

5. Activos/Bienes Familiares: Favor de proporcionar documentación de los activos/bienes. No necesita incluir su residencia principal.

Activos/Bienes	Miembro (s) de la Familia	Valor en Efectivo
Cuentas Bancarias		\$
Cuentas en Cooperativa de Crédito (Credit Union)		\$
Fondos de Fideicomiso/Fiduciarios		\$
Acciones/Bonos		\$
Cuentas de Mercado Monetario		\$
Fondos Mutuos /Inversión		\$
Propiedad Comercial o de Inversión		\$
Otro _____		\$

6. INFORMACIÓN SOBRE ADVERSIDAD/DIFICULTAD MÉDICA: Proporcionar solamente si está buscando una dispensa/ser eximido por motivo de adversidad/dificultad médica. Es posible que le solicitemos documentación, pero la misma no es necesaria en este momento.

Gastos Médicos de la Familia	Cantidad Promedio	Período del Sueldo Reportado (Haga un círculo en una de las opciones)
Médicos	\$	Por: Semana, Mes, Año
Farmacia	\$	Por: Semana, Mes, Año
Otro _____	\$	Por: Semana, Mes, Año

7. INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD: Por favor, proporcione información sobre la Cobertura del Seguro de Salud.

¿Tenía el paciente seguro de salud en el momento de recibir servicio? (Haga un círculo en una de las opciones) SÍ NO			
Nombre de la Compañía de Seguro	Número de Identificación	Nombre del Abonado/Suscriptor	Fecha Efectiva

Con mi firma a continuación, certifico que todo lo que he indicado en esta solicitud y en cualquier documento adjunto es verídica según mi leal saber y entender.

Estoy de acuerdo en proporcionar documentación adicional de ser solicitada para determinar mi elegibilidad. Soy consciente de que la falsificación de cualquier información suministrada puede resultar en la negación de asistencia financiera.

Estoy de acuerdo en informar al hospital sobre cualquier cambio en mi ingreso, número de personas en la familia, cobertura del seguro de salud u otra información que pueda cambiar mi elegibilidad para Asistencia Financiera.

Firma del Solicitante/Fiador: _____ Fecha: _____

Firma del Representante Autorizado: _____ Fecha: _____

Antes de presentar esta solicitud, por favor asegúrese que ha completado todas las secciones correspondientes y que ha incluido todos los documentos requeridos para verificar su situación financiera. Las solicitudes incompletas no serán aprobadas.

Franciscan Children's Official Use Only

FAP Approved ☐

FAP Denied ☐

Patient's Name: _____

MR/Acct# _____

Service Location: _____

Percentage of Discount: _____

Approved By: _____

Date: _____

Comments: _____
