

HOSPITAL BENSON – PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA PACIENTES FORMULARIO DE SOLICITUD

El Hospital Benson reconoce que ciertos pacientes pueden requerir asistencia financiera para el pago de servicios de atención a la salud. El Programa de Asistencia Financiera ha sido elaborado por el hospital en respuesta a las necesidades de estos pacientes.

Anexo se encuentra el formulario de Solicitud de Asistencia Financiera para Pacientes para que usted la llene y la envíe de regreso. La información solicitada en el formulario nos ayudará a determinar si usted califica para recibir la asistencia. Por favor llene el formulario adjunto lo más completo posible y regréselo con las copias de los documentos señalados en la lista a continuación.

- Documentos W-2 y declaración de impuestos más recientes
- Los tres (3) talones de cheques de nómina más recientes
- Carta de verificación de beneficios del año en curso de la Administración de Seguridad Social
- Carta de beneficio de compensación por desempleo
- Copias de estados de cuenta(s) de cheques y/o de ahorros
- Recibos de pago de renta, contrato de arrendamiento, o estado de cuenta de hipoteca
- Carta de manutención o de asistencia con cuarto y comida
- Facturas de servicios públicos
- Acta de divorcio

Las solicitudes incompletas serán denegadas mientras no se cuente con toda la documentación.

Cualquier pregunta que tenga respecto a la solicitud de asistencia financiera o los documentos requeridos, por favor diríjase a la Oficina de Negocios al (520)720-6519 o por correo electrónico a: FAP@bensonthospital.org.

OFICINA DE NEGOCIOS DEL HOSPITAL BENSON

Anexo: Formulario de solicitud

**HOSPITAL BENSON - PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA PACIENTES
FORMULARIO DE SOLICITUD**

NOMBRE DEL PACIENTE			SEXO	NÚMERO DE CUENTA DEL PACIENTE	
PRIMER NOMBRE DE LA PERSONA AVAL	INICIAL 2do NOMBRE	APELLIDO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	# SEGURIDAD SOCIAL
DOMICILIO O APARTADO POSTAL		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
PRIMER NOMBRE DEL CÓNYUGE	INICIAL 2do NOMBRE	APELLIDO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	# SEGURIDAD SOCIAL
DOMICILIO O APARTADO POSTAL		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
# PERSONAS VIVIENDO EN EL HOGAR			EL PACIENTE VIVE EN EL HOGAR <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
# DE MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD VIVIENDO EN EL HOGAR			# DE HIJOS MAYORES DE 18 DEPENDIENTES		
# DE HIJOS MAYORES DE 18 DEPENDIENTES ESTUDIANTES DE TIEMPO COMPLETO			# DE HIJOS MAYORES DE 18 DISCAPACITADOS DEPENDIENTES		
			VIVIENDA PROPIA DE RENTA <input type="checkbox"/>	TIEMPO DE VIVIR EN ESTE DOMICILIO	
FUENTES DE INGRESO MENSUAL		CÓNYUGE #1	CÓNYUGE #2	HIJOS	TOTAL
Empleo					
Seguridad Social					
Compensación Industrial					
Desempleo					
Pensión/Retiro/A anualidades					
Ayuda para hijos dependientes (ADC), Ayuda general (GA), Ayuda alimenticia (Food Stamps)					
Otros (rentas recibidas, manutención de menores, manutención conyugal, etc.)					
TOTAL DE INGRESOS BRUTOS					
GASTOS MENSUALES					
VIVIENDA (RENTA/HIPOTECA)		AUTOMÓVIL		AUTOMÓVIL	
CUENTA DE UTILIDAD ELÉCTRICA		CUENTA DE GAS		CUENTA DE AGUA	
CUENTA DE TELÉFONO		CUENTA DE BASURA		CUENTA DE CABLE	
CUENTA DE TELÉFONO CELULAR		COMESTIBLES		OTROS	
CUENTA DE CHEQUES (Encierre en un círculo) SÍ / NO	CANTIDAD TOTAL		NOMBRE DEL BANCO		
CUENTA DE AHORROS (Encierre en un círculo) SÍ / NO	CANTIDAD TOTAL		NOMBRE DEL BANCO		
CERTIFICO QUE LA PRESENTE INFORMACIÓN ESTÁ COMPLETA Y ES EXACTA EN LA MEDIDA DE MI CONOCIMIENTO. ENTIENDO QUE LA FALSIFICACIÓN DELIBERADA PUEDE LLEVAR A LA DENEGACIÓN DE SU CONSIDERACIÓN. POR ESTE CONDUCTO AUTORIZO AL HOSPITAL A HACER LAS INDAGACIONES NECESARIAS PARA VERIFICAR Y OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL REQUERIDA POR LA INSTITUCIÓN.					
FIRMA DEL AVAL				FECHA	
FIRMA DEL CÓNYUGE				FECHA	

• RELACIÓN ENTRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR: Acta de Divorcio o copia de Certificado de Defunción

• PRUEBA DE RESIDENCIA: Recibo de pago de renta, contrato de renta o estado de cuenta de hipoteca o carta de sustento o de asistencia de cuarto y comida; facturas de servicios públicos

• INGRESOS POR TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR: Los tres (3) más recientes: talones de cheques de nómina o escrito del empleador detallando las cantidades pagadas brutas, Carta de Beneficios Recibidos de Seguridad Social durante el año en curso o Carta de Beneficios por Compensación de Desempleo

• Las formas W-2 y declaraciones de impuestos más recientes