

Solicitud de asistencia financiera

Caring for Our Communities

Sección A: información del paciente			
Nombre del paciente:		FDN:	SSN (opcional):
Dirección:		Apto.:	Ciudad/estado:
Código postal:	Número de teléfono:	Correo electrónico:	
Si el paciente es menor de edad, ¿usted es su tutor legal? Sí / No			
Nombre del tutor legal:			

- ¿El paciente tiene algún tipo de seguro médico? Sí No
- ¿El paciente tiene seguro dental? Sí No
- ¿El paciente tiene seguro del mercado de seguros? Sí No
- ¿El paciente tiene Medicare? Sí No
- ¿El paciente tiene Medicaid/HIP (Hoosier Healthwise)? Sí No
- ¿El paciente ha solicitado Medicaid/HIP (Hoosier Healthwise)? Sí No, Si lo hizo, fecha _____

Sección B: indique todas las personas que reclama en su declaración de impuestos.				
Nombre del familiar	FDN	Parentesco con el paciente	SSN	¿Tiene seguro? Indique:

Sección C: ingresos	
¿Está casado(a)? Sí/ No	¿Usted o su cónyuge tienen empleo/son trabajadores independientes? Sí/ No/ No estoy casado(a)
¿Tiene fuentes de ingresos en su grupo familiar?	Sí/ No
Ingreso total mensual del grupo familiar (antes de impuestos):	

Por el presente, declaro que la información que proporcioné, incluidos los documentos adjuntos, está completa y es verdadera y correcta a mi leal saber. Autorizo cualquier verificación requerida. Entiendo que, si se determina que la información que proporcioné es falsa o engañosa, seré responsable del pago de los cargos según se establece en los aranceles de la solicitud vigentes en la fecha de los servicios que se prestaron por todos los servicios prestados. Si en cualquier momento pierdo la cobertura, o me deniegan una cobertura, seré responsable de los cargos por ello. Entiendo que, si no llevo un seguimiento del proceso de solicitud o me niego a solicitar programas externos que puedan pagar los servicios, es posible que me denieguen la asistencia financiera.

Firma del solicitante/tutor: _____ Fecha: _____

Para presentar una apelación, llame al 317-934-0779

Este es un recordatorio de que todos los documentos financieros se deben entregar en un plazo de 30 días a partir de la cita de hoy para ser elegible para el descuento de tarifa gradual. Si no se reciben los documentos, se le facturará el monto completo de cualquier servicio provisto.

ENTREGUE CUALQUIER DOCUMENTO QUE CORRESPONDAN A USTED Y A SU FAMILIA		
2 talonarios de pago (incluso si el pago es quincenal)	SSI/Carta de concesión de discapacidad	Si está desempleado, copia de la autorización de WorkOne
Si es trabajador independiente, impuestos del año pasado	Carta de concesión de pensión	
Carta de compensación por desempleo	Copia de la carta de denegación de Medicaid/Mercado de seguros	

Solo para uso oficial

Iniciales del empleado:	Fecha:
-------------------------	--------