



Solicitud confidencial de asistencia financiera

*Honoring Life
~ Offering Hope*

Seasons Hospice & Palliative Care ("Seasons Hospice") le recomienda solicitar asistencia financiera si necesita ayuda para pagar la atención para enfermos terminales. Con este programa, Seasons Hospice revisará su solicitud y determinará si usted reúne los requisitos para recibir atención gratis o a costo reducido en función de su elegibilidad e ingresos. Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con el equipo de Seasons Hospice, o con la Fundación Nacional de Defensa del Paciente al 224-458-7405.

Envíe el formulario completado a NATFinancialAssistance@Seasons.org

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Teléfono:
Ciudad/Estado/Código postal:	Número de Seguridad Social:
Dirección de correo (si es diferente):	

Ciudadanía. Seleccione una

- Ciudadano de EE. UU. No ciudadano de EE. UU. Visa de trabajo
Residencia permanente Visa de visitante

Si es residente permanente, ¿cuántos años lleva en EE. UU?

Proporcione la información siguiente sobre todos los miembros del hogar

Nombre	Edad	Relación con el paciente



Solicitud confidencial de asistencia financiera

*Honoring Life
~ Offering Hope*

Solicitud

¿Tiene seguro?	Sí	No	En caso afirmativo, enumere todas las pólizas activas	
En caso negativo, ¿solicitó un seguro a través de Health Insurance Marketplace?	Sí	No	En caso negativo, proporcione una explicación breve de por qué no se afilió	
¿Tiene Medicaid?	Sí	No	En caso afirmativo, escriba la ID y la información del encargado del caso	
¿Alguna vez solicitó Medicaid?	Sí	No	En caso negativo, ¿por qué? En caso afirmativo, ¿por qué rechazaron su caso?	
¿Recibió otro tipo de asistencia con sus facturas médicas?	Sí	No	En caso afirmativo, escriba el nombre de la organización y la información de contacto	
¿Alguna vez solicitó discapacidad?	Sí	No	En caso afirmativo, ¿cuándo?	
¿Hay un miembro del hogar que se haya quedado sin empleo en los últimos 60 días?	Sí	No	En caso afirmativo, escriba su nombre	
¿Alguna vez estuvo cubierto por La Ley Omnibus de Reconciliación del Presupuesto Consolidado de 1985 (COBRA Insurance)?	Sí	No	En caso afirmativo; ¿cuándo terminó la cobertura?	



Solicitud confidencial de asistencia financiera

Honoring Life
~ Offering Hope

Activos

Reporte todos los ingresos del paciente y de las personas que puedan reclamar o que hayan sido reclamadas por el paciente como dependientes para fines fiscales.

Activos		Valor
Efectivo en mano		\$
Balance de cuenta corriente	Banco:	\$
Cuenta de ahorros	Banco:	\$
Ahorros de jubilación	Banco:	\$
Inversiones en otros activos		\$
Valor en efectivo de la póliza de seguro de vida		\$
Bienes raíces, residencia principal	Ubicación:	\$
Bienes raíces que no sean la residencia principal	Ubicación:	\$
Vehículo 1	Año:	\$
Vehículo 2	Año:	\$
Activos totales: \$		

Empleo

Persona empleada	Empleador	Salario bruto mensual
		\$
		\$
		\$

Ingreso mensual del hogar de otras fuentes

Fuente	Mensual
Manutención de niños/pensión alimenticia	\$
Tipo de programa de asistencia federal _____ (efectivo, cupones de alimentos)	\$
Retiro de Pensión/IRA/Anualidad	\$



Solicitud confidencial de asistencia financiera

*Honoring Life
~ Offering Hope*

Seguridad Social/Discapacidad de Seguridad Social	\$
Desempleo o compensación de trabajadores Fecha de inicio:_____ Fecha de terminación:_____	\$
Otros ingresos (Acciones/Bonos/A anualidades/Intereses/Alquiler de propiedades)	\$
Ingreso mensual total (bruto y otras fuentes combinadas): \$	

Si el paciente no tiene ingresos, explique brevemente quién está respaldando financieramente al paciente:

Gastos mensuales del hogar

Tipo de gasto	Total mensual
Hipoteca	\$
Renta	\$
Cuidado de los niños	\$
Manutención de niños/pensión alimenticia	\$
Servicios básicos (combinados) Gas, electricidad, agua, alcantarilla	\$
Teléfono	\$
Seguro: Hogar:_____ Vehículo:_____	\$
Préstamo de automóvil:	\$
Transporte:	\$
Pagos de tarjeta de crédito:	\$
Gastos mensuales totales: \$	



Solicitud confidencial de asistencia financiera

*Honoring Life
~ Offering Hope*

Certificación del solicitante:

Hago constar que la información anterior es verdadera y completa a mi/nuestro leal saber y entender. Entiendo que como parte del proceso de selección financiera, Seasons Hospice podría solicitar que yo proporcione documentación de respaldo sobre mis finanzas.

También entiendo que Seasons Hospice podría requerir que yo intente obtener cobertura de seguro médico a través del programa de asistencia médica estatal o de un mercado de seguros médicos federal o estatal antes de aprobar mi solicitud de asistencia financiera.

Sé que cualquier dato impreciso, faltante o falso puede hacer que se revoque retroactivamente la asistencia financiera proporcionada por Seasons Hospice. Autorizo a Seasons Hospice a obtener copias de mis declaraciones de impuestos del Servicio de Rentas Internas.

Entiendo que llenar esta Solicitud de asistencia financiera no garantiza que reciba la ayuda financiera. Si no reúno los requisitos para recibir asistencia financiera, seré responsable de cubrir la totalidad de la factura de los servicios para enfermos terminales prestados por Seasons Hospice.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge (si corresponde): _____ Fecha: _____

Firma del encargado/DPOA (si corresponde): _____ Fecha: _____