



# Solicitud confidencial de asistencia financiera

*Honoring Life  
~ Offering Hope*

Seasons Hospice & Palliative Care ("Seasons Hospice") le recomienda solicitar asistencia financiera si está pasando por dificultades económicas. Con este programa, Seasons Hospice revisará su solicitud y determinará si usted reúne los requisitos para recibir atención gratis o a costo reducido. Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta solicitud, comuníquese con su equipo de Seasons Hospice o ingrese al sitio web [NATFinancialAssistance@Seasons.org](mailto: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?	Yes	No	Enumere todas las pólizas activas	
¿Ha solicitado anteriormente una cobertura de seguro a través de Health Insurance Marketplace?	Yes	No	En caso afirmativo, ¿cuándo terminó la cobertura? En caso negativo, proporcione una explicación breve de por qué no se afilió	
¿Alguna vez solicitó Medicaid?	Yes	No	En caso afirmativo, ¿por qué rechazaron su solicitud?	
¿Tiene pendiente una solicitud de Medicaid?	Yes	No	En caso afirmativo, proporcione los siguientes detalles	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuándo se envió su solicitud?</li> <li>2. A dónde se envió su solicitud?</li> <li>3. ¿Su solicitud fue de asistencia médica o se limitó únicamente a los servicios de emergencia?</li> <li>4. Quién envió su solicitud?</li> </ol>
¿Recibe otro tipo de asistencia con sus facturas médicas?	Yes	No	En caso afirmativo, escriba el nombre de la organización y la información de contacto	
¿Alguna vez solicitó asistencia por discapacidad?	Yes	No	En caso afirmativo, ¿cuándo?	
¿Algún miembro de su hogar se ha quedado sin empleo en los últimos 60 días?	Yes	No	En caso afirmativo, ¿qué miembro familiar y cuándo?	
¿Alguna vez ha estado cubierto por La Ley Ómnibus de Reconciliación del Presupuesto Consolidado de 1985 (COBRA Insurance)?	Yes	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

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): \$	

## 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:	\$
<b>Gastos mensuales totales: \$</b>	



# 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: \_\_\_\_\_