

Rellene el formulario con toda la información requerida. Si no corresponde, escriba "NA". Agregue más páginas si lo necesita.*

INFORMACIÓN DE PRESELECCIÓN

¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si responde Sí, indique el idioma de su preferencia:
¿El paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El paciente recibe servicios públicos del estado, tales como TANF, Basic Food, o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El paciente es indigente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿La necesidad médica del paciente deriva de un accidente de tránsito o una lesión laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que usted reúna los requisitos para recibir ayuda financiera, incluso si presenta la solicitud.
- Una vez enviada la solicitud, podemos verificar toda la información y solicitarle más información o comprobantes de ingresos.
- Le comunicaremos si es apto para recibir ayuda dentro de 14 días calendario después de que hayamos recibido su solicitud y documentación.

INFORMACION DEL SOLICITANTE Y DEL PACIENTE

Nombre del paciente	Segundo nombre del paciente		Apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento		Número de cuenta
Persona responsable del pago de la factura	Parentesco con el paciente	Fecha de nacimiento	Número del seguro social (<i>opcional</i>)
Domicilio postal _____ _____			Números principales de contacto () _____ () _____ Correo electrónico: _____
Ciudad	Estado	Código postal	
Situación laboral de la persona responsable del pago de la factura <input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) Desempleado (durante cuánto tiempo ha estado desempleado: _____) <input type="checkbox"/> Trabajador autónomo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)			

INFORMACIÓN FAMILIAR

Enumere los miembros de la familia que viven en su hogar, incluido usted. El término "Familia" incluye las personas emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción que conviven.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____

Agregue una página adicional si fuese necesario

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente	Si es mayor de 18 años: nombre de los empleadores o fuente de ingresos	Si es mayor de 18 años: ingresos brutos mensuales (antes de deducir impuestos):	¿También solicita ayuda financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA - CONFIDENCIAL

(continuación)

INFORMACIÓN DE INGRESOS

RECUERDE: *debe incluir el comprobante de ingresos con su solicitud.*

Debe proveer información sobre los ingresos de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

- Salarios - Desempleado - Trabajador autónomo - Compensación del trabajador - Discapacidad - SSI - Manutención de hijos o cónyuge
- Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión - Distribución de la cuenta de jubilación - Otro (*explique _____*)

Debe presentar la verificación de ingresos para determinar la ayuda financiera.

Todos los familiares de 18 años o más deben presentar sus ingresos. Si no puede presentar documentación, debe presentar una declaración escrita y firmada que describa sus ingresos. Incluya el comprobante de ingresos para cada fuente de ingresos identificada.

Los ejemplos de comprobantes de ingresos incluyen:

- Una declaración de retención "W-2"; o
- Recibos de pagos actuales (3 meses); o
- Declaración de impuestos sobre la renta del año pasado, incluido el cronograma, si corresponde; o
- declaraciones escritas y firmadas de empleadores o de otros; o
- aprobación/negación de elegibilidad de compensación por desempleo.

Si usted no tiene comprobante de ingresos o no tiene ingresos, agregue otra página y escriba una explicación. Agregue otra página si hay otra información sobre su situación financiera actual que usted quisiera informar, como dificultades financieras, ingresos temporarios o de temporada, o pérdida personal.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

La ayuda financiera no cubre lo que se menciona a continuación: atención médica de profesionales sanitarios no empleados del Wellfound Behavioral Health Hospital (WBHH) en nuestro hospital, servicios de ambulancia, honorarios de servicios de laboratorio, servicios de imágenes o terapia, costos de farmacia minorista, servicios clínicos rápidos, servicios prestados con traslados fuera del hospital o consultas virtuales.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Wellfound Behavioral Health Hospital puede verificar información a través de información crediticia y puede obtenerla de otras fuentes para determinar la elegibilidad para la ayuda financiera o los planes de pago.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que, si se prueba que la información que doy es falsa, el resultado de esto será la negación de la ayuda financiera y seré responsable y tendré que pagar por los servicios prestados.

Firma de la persona que presenta la solicitud

Fecha

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si tiene preguntas o quiere enviar una solicitud, envíe un correo a la Oficina de ayuda financiera a wellfoundfinancialassistance@wellfound.org.