



**SOLICITUD DE BENEFICENCIA (Programa de Caridad)**

**Parte 1: Información del solicitante**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante (si es diferente al del paciente): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Código postal

**Parte 2: ¿Por qué el paciente solicita beneficencia?**

Donde va a/ o donde has recibido atención medica?  Hospital  Clínica medica NGPG  THC

1. Solicito beneficencia para un servicio programado o para uno que mi médico solicitó programar.

Sí Quien lo refirió para este servicio (médico/otro): \_\_\_\_\_

Tipo de servicio: \_\_\_\_\_

Fecha del servicio programado: \_\_\_\_\_

Período solicitado por el médico: \_\_\_\_\_

No

2. Solicito beneficencia porque tengo facturas existentes que no puedo pagar.

Sí Incluye los números de cuenta: \_\_\_\_\_

Sí, pero no sé los números de cuenta

No

**Parte 3: Responda las siguientes preguntas desde la perspectiva del paciente:**

1. ¿Cuántos años tiene? \_\_\_\_\_

2. ¿Cual es su estado civil?  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)

3. ¿Tiene empleo actualmente?

Sí Nombre y dirección del empleador: \_\_\_\_\_

No

4. Si no tiene empleo actualmente, ¿tuvo empleo los últimos 90 días?

Sí Nombre y dirección del empleador: \_\_\_\_\_

No

5. ¿Tiene algún seguro, incluido Medicare o Medicaid, que pagará estos servicios?

Sí Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

No

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

6. ¿Alguien más es responsable de una parte de su factura (p. ej., seguro de responsabilidad civil, seguro del automóvil, seguro de accidentes de trabajo)?

Sí      Compañía: \_\_\_\_\_

No      Numero de Reclamo: \_\_\_\_\_

Nombre y Telefono del Ajustador: \_\_\_\_\_

7. ¿Solicitó seguro por discapacidad?       Sí     No

8. ¿Solicitó Medicaid recientemente?       Sí y me negaron la cobertura.     Sí y sigue pendiente.     No

9. ¿Está embarazada o dio a luz en los últimos 90 días?       Sí     No

10. ¿El o los servicios que solicita están relacionados con el cáncer?       Sí     No

11. ¿Alguno de los servicios que solicita son de una consulta con hospitalización?       Sí     No

12. ¿Alguno de los servicios que solicita está relacionado con la atención para víctimas de delitos?     Sí     No

13. ¿Tiene alguna cobertura de seguro?     Sí     No

Agregue cualquier seguro que tenga: \_\_\_\_\_

**Parte 4: Información sobre el hogar**

1. ¿Es ciudadano estadounidense? \_\_\_\_\_

2. ¿En qué condado vive? \_\_\_\_\_

3. ¿Cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es su ingreso bruto total familiar por mes (incluida la pensión alimenticia, manutención o cualquier otro ingreso recibido mensualmente)? \_\_\_\_\_

5. ¿Es propietario de su vivienda?

Sí      Valor \_\_\_\_\_      Ganancia en el valor \_\_\_\_\_

No

6. Incluya los balances de sus cuentas bancarias: Cuenta de ahorro \_\_\_\_\_ Cuenta de cheques \_\_\_\_\_

Cuentas de Jubilación (IRA, 401K, 403B) \_\_\_\_\_ CD's \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**Paciente:**

Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social	Empleador	Ingresos brutos mensuales

**Integrantes del hogar del paciente:**

Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación con el paciente	Número de Seguro Social	Empleador	Ingresos brutos mensuales	Tiene factura existente

Al completar esta solicitud, usted acepta lo siguiente:

- Solicitar Medicaid o cualquier otro tipo de cobertura posible que esté disponible para pagar su cobertura.
- Que toda la información entregada sea exacta y completa será verificada. Dar información falsa, incluida información o documentación incompleta, implicará la negación de la asistencia financiera. Además, NGHS/THC se reserva el derecho de reversar cualquier asistencia otorgada si se determina que la información es falsa después de haber aprobado la ayuda financiera.
- Proporcionar toda la información en un plazo de 30 días de haber enviado una solicitud

NGHS/THC tiene derecho de obtener su credito y cualquier adulto en la familia para determinar mi necesidad de asistencia financiera. Por la presente, certifico que la información suministrada es exacta y completa.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha