EXETER HOSPITAL
CUENTAS DE PACIENTES
7 Holland Way Second Floor Exeter, NH 03833 603.580.6627 Fax:603.580.7946
Email: ehfinancialreps@ehr.org

NH Health Access NETWORK
financial help – for your health

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha: _____ N.° de cuenta: _____

Estimado: _____ (Página 1 de 4)

Si el pago de sus gastos de atención médica podría generarle una dificultad financiera, complete esta solicitud. Esta solicitud nos ayudará a determinar nuestra capacidad de reducir esos gastos por los servicios proporcionados por Exeter Hospital. Responda todas las preguntas que correspondan a usted o a su hogar. Toda la información que proporcione es confidencial y solo la revisa el personal que está procesando la solicitud. La Asistencia financiera de Exeter Hospital no es un programa de seguro y no lo exime del requisito de la Ley de Atención Responsable (Accountable Care Act) de tener un seguro médico.

También puede cumplir los requisitos para recibir asistencia financiera de otros proveedores participantes de la Red de Acceso a la Salud de NH (NH Health Access Network). NH Health Access Network es una red de hospitales y de otros proveedores de atención médica que trabajan para mejorar el acceso a la atención médica de los niños y adultos sin seguro o con seguro insuficiente que sean residentes del estado de New Hampshire.

Antes de que se otorgue asistencia financiera alguna, debe haber agotado todas las otras fuentes de pago incluido el seguro, la asistencia pública, los litigios o responsabilidad de terceros. Use la siguiente lista de verificación para estar seguro de que incluyó toda la información. Debe enviar la solicitud completa y la documentación a nuestra oficina dentro de los 30 días. **No podemos procesar su solicitud sin la documentación requerida.**

1. Solicitud completa con firmas.
   Si tiene Asistencia financiera de Core Physicians, comuníquese con nuestra oficina al 603.580.6627 antes de completar esta solicitud.
2. Una copia completa y firmada de su Declaración federal de impuestos de **2020**, incluidos **todos los anexos y los formularios W-2.** Si **no tiene obligación** de presentar una declaración de impuestos, solicite una carta de verificación de no declaración en el sitio web del IRS (www.irs.gov/transcript) o proporcione una copia de nuestra Declaración de Beneficios del Seguro Social **SSA-1099 de 2020.**
3. Copias de los tres (3) talones de cheque de pago más recientes, resumen de beneficios de desempleo, compensación por incapacidad, resumen de beneficio por pensión y Resumen de Beneficios del Seguro Social de **2021** para cada miembro del hogar.
4. Copias de los estados de cuenta bancarios (esto es, cuenta de ahorros, corriente, de mercado monetario, IRA, 401K, etc.) de los últimos tres (3) meses, **con todas las páginas, de todas las cuentas**.
5. Copias de avisos de asistencia gubernamental (incluso del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services)).
6. Prueba de Exclusión del intercambio de seguros de salud.

Use esta lista de verificación para garantizar que envía toda la información requerida para poder procesar su solicitud correctamente. Nos reservamos el derecho de solicitar información adicional sobre su evaluación crediticia, su declaración de impuestos y la verificación de gastos comparados con los ingresos, de ser necesario. Toda la información que brinde será de carácter confidencial.

Seguirá siendo el responsable financiero de cualquier servicio que reciba hasta que se determine si cumple los requisitos. Si está cubierto por algún seguro y elige recibir servicios fuera de la red, los saldos rechazados o gastos con fondos propios no se considerarán para la asistencia financiera. Si no ha tenido noticias nuestras en 30 días después de haber enviado la solicitud completa, o si necesita ayuda para entenderla, llame a la Oficina de cuentas de pacientes al 603.580.6627.

Atentamente,
Departamento de Cuentas de Pacientes
Exeter Hospital, Inc.

REVERSO →

EXETER HOSPITAL
CUENTAS DE PACIENTES
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

1. Información del paciente:

Apellido	Nombre	Inicial del 2.° nombre	N. ° de Seguro social	Fecha de nacimiento

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Tiempo en esa dirección

Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal

Teléfono de casa o celular	Dirección de correo electrónico	Marque todos los casilleros que correspondan:	☐ Soltero/a ☐ Divorciado/a ☐ Ciudadano estadounidense	☐ Casado/a ☐ Separado/a	☐ Unión civil ☐ Viudo/a ☐ Residente de NH

2. Persona responsable de pagar la factura:

Apellido	Nombre	Inicial del 2.° nombre	Relación con el paciente:	N. ° de Seguro social

Dirección si es diferente de la del paciente	Teléfono de casa	Número de teléfono laboral

Nombre de la compañía de seguros	Fecha de entrada en vigor

3. **Indique TODAS las personas que viven en el hogar, incluso el solicitante:

	Nombre	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	N. ° de Seguro social	Proveedor de atención primaria
1.		El paciente			
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

4. ¿Es esta solicitud por servicios futuros o pasados? ☐ Futuros ☐ Pasados Fecha(s) de los servicios:_____

5. ¿Ha solicitado alguien en su hogar NH Healthy Kids o Medicaid? ☐ Sí ☐ No
¿Quién?:_____
¿Cuándo?_____ ¿Cuál es el estado? ☐ Pendiente ☐ Rechazado Motivo:_____

6. ¿Está embarazada alguna mujer de su hogar? ☐ Sí ☐ No

7. ¿Ha sido aprobado recientemente para recibir Asistencia financiera a través de Core Physicians o cualquier otra institución?
☐ Sí ☐ No ☐ Pendiente En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de entrada en vigor?_____

8. ¿Ha servido alguien de su hogar en el ejército? ☐ Sí ☐ No
¿Quién?:_____

9. ¿Ha presentado recientemente un reclamo por indemnización de trabajadores, accidente vehicular o responsabilidad de terceros o ha contratado un abogado por los servicios recibidos? ☐ Sí ☐ No Fecha:_____

10. ¿Cumple los requisitos alguien de su hogar para recibir beneficios del Seguro Social? ☐ Sí ☐ No
¿Quién?:_____

11. ¿Está cubierto alguien de su hogar por un seguro de salud, Medicare o una cuenta de ahorros para salud (HSA)?
☐ Sí ☐ No Nombre de la compañía de seguros:_____ ¿Quién?:_____

12. ¿Ha solicitado alguna vez obertura a través del Intercambio de seguros de salud? ☐ Sí ☐ No

13. ¿Lo reclama alguien más en su declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No ¿Quién?:_____

Continúa en la página 3

EXETER HOSPITAL
CUENTAS DE PACIENTES
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

14. INFORMACIÓN DEL HOGAR	PERSONA 1	PERSONA 2	PERSONA 3
***NOMBRE de cada miembro del hogar:**			
Nombre del empleador			
Ingresos mensuales brutos de:			
Empleo	$	$	$
Empleado autónomo	$	$	$
Cuentas de inversiones:	$	$	$
Renta de inmuebles:	$	$	$
Desempleo: (desde ___/___/___)	$	$	$
Jubilación (Seg. Soc., pensión, anualidad)	$	$	$
Pensión alimenticia/manutención de hijos:	$	$	$
Asistencia pública, cupones para alimentos:	$	$	$
Otros ingresos:	$	$	$
Ahorros e inversiones:			
Saldos de la cuenta corriente	$	$	$
Saldos de la cuenta de ahorros y certificado de depósito	$	$	$
IRA, 403B, 401K: Especifique: _____	$	$	$
Otros ahorros e inversiones: Especifique: _____	$	$	$
Otro:			
Valor del automóvil	$	$	$
¿De qué año, qué marca y qué modelo?			
Valor del vehículo recreativo: (bote, jet ski, todo terreno, vehículo para la nieve, etc.)	$	$	$
¿De qué año, qué marca y qué modelo?			

15. GASTOS DEL HOGAR

Pago de alquiler mensual: $ _____ o

Pago de la hipoteca $ _____ Saldo del préstamo de la hipoteca $ _____

Monto de impuesto a la propiedad no incluido en el monto del pago anterior: $ _____

Valor de la casa $ _____

¿Tiene otras propiedades además de su residencia primaria? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo,

¿Valor? $ _____ Saldo del préstamo de la hipoteca $ _____

Si la otra propiedad es un comercio, mencione la dirección: _____

Pago de préstamo mensual: _____ Pagado a: _____ Para: _____

Pago de préstamo mensual: _____ Pagado a: _____ Para: _____

Servicios públicos:	$	Seguro: (Automóvil/Vida/Propiedad):	$	Otro: Descripción:	$
Pensión alimentici a/manutención de hijos:	$	Seguro de salud:	$		$
Atención infantil	$	Facturas por atención médica:	$		$
Gastos de subsistencia (combustible, comida, ropa)	$	Medicamentos	$		$

REVERSO →

16. CESIÓN DE DERECHOS ***Lea atentamente***

Mediante mi firma a continuación, autorizo que se solicite mi informe crediticio y/o declaración de impuestos. Comprendo que se necesita una declaración de impuestos para procesar esta solicitud y que se puede solicitar más información antes de que se pueda determinar si cumplo los requisitos.

Certifico que la información que he presentado es verdadera. Comprendo que cualquier información incorrecta, incompleta o falsa que proporcione o que alguien más proporcione por mí tendrá como consecuencia el rechazo inmediato de mi solicitud de asistencia financiera. Todos los miembros adultos de mi hogar que firmen a continuación autorizan la divulgación de toda información médica, financiera o de empleo que se relacione directamente con el cumplimiento de los requisitos para recibir atención médica o asistencia financiera. Esta información se puede divulgar a todos los proveedores de atención médica de quienes los miembros del hogar hayan solicitado servicios de salud o asistencia financiera. Toda la información proporcionada se mantendrá confidencial de acuerdo con las disposiciones de los reglamentos federales de HIPAA. Los procedimientos opcionales no se consideran para la asistencia financiera.

Comprendo que cualquier servicio que sea responsabilidad de un tercero (es decir, seguro de automóvil, de propietarios, demandas) no cumplen los requisitos del programa de asistencia financiera y acepto pagar el monto total de la asistencia financiera si recibo un pago de cualquier tipo por los servicios médicos cubiertos en esta solicitud.

Comprendo que si no pago los saldos adeudados o los copagos adeudados, no cumpliré los requisitos para volver a calificar para el programa.

Comprendo que si rechazo solicitar cobertura a través del Intercambio de seguros de salud o Medicaid Expansion, no cumpliré los requisitos para solicitar asistencia financiera a través de este programa. Además, si tengo seguro, y luego cancelo mi cobertura voluntariamente, se revocará mi Asistencia financiera.

Si recibo Asistencia financiera, acepto informar a la organización en la que primero presenté la solicitud respecto de cualquier cambio que pudiera afectar el cumplimiento de los requisitos, incluso cambios en el tamaño de mi familia, en los ingresos y en la cobertura de seguro de atención médica. Comprendo que si mi/nuestra situación médica cambia de modo tal que cumpla/cumplamos los requisitos de un programa de asistencia pública, tendré que presentar una solicitud para ese programa y proporcionar prueba de la solicitud.

Comprendo que si se me aprueba para recibir Asistencia financiera, esta solo cubrirá cuentas activas con saldos abiertos y los servicios futuros.

Nombre del solicitante en letra de imprenta	Firma	Fecha
Nombre del cosolicitante en letra de imprenta	Firma	Fecha