

**Página de portada de la Solicitud de Asistencia Financiera
Wentworth Douglass Hospital & Wentworth Health Partners
Teléfono: 603-740-3234**

Enviar la solicitud por correo postal a:

789 Central Avenue Dover NH 03820

ATENCIÓN A: Oficina de asistencia financiera

Asistencia en persona:

Wentworth-Douglass Business Systems

121 Broadway Avenue Dover NH 03820

Estimado solicitante:

Es posible que obtenga ayuda financiera para la atención médica por parte de Wentworth Douglass Hospital & Wentworth Health Partners y probablemente de otras organizaciones.

La red NH Health Access es una agrupación de hospitales, médicos y otros profesionales de atención médica de New Hampshire que se esfuerzan por ayudar a niños y adultos en caso de que no puedan pagar la atención médica que necesitan.

La red NH Health Access está dirigida a personas que tienen seguro. Para obtener ayuda financiera a través de la red NH Health Access con los gastos de bolsillo, su aseguradora debe estar activa, haber sido aceptada por el proveedor y encontrarse dentro de la red. (El programa Spend Down [de «gastos en exceso»] de Medicaid no es un seguro, por lo tanto las personas elegibles para obtenerlo o que estén inscritas en el mismo no pueden calificar para la red NH Health Access.) Si no cuenta con seguro médico, su proveedor puede ofrecerle asistencia financiera. Si necesita más información, comuníquese con un asesor financiero de la oficina administrativa del Wentworth-Douglass Hospital al teléfono 603-740-3234.

Cómo presentar su solicitud

Para saber si usted o su familia califican, debe llenar la solicitud y entregar evidencia de ingreso, además de copias de los siguientes documentos:

Documentación obligatoria que debe presentar con su solicitud	Incluido
<p>1. Copia íntegra de su declaración de impuestos sobre la renta federal más reciente (formulario 1040) y los formularios auxiliares, incluidos los W-2 del año pasado.</p> <p><i>O Si no presentó la declaración de impuestos sobre la renta, se le pedirá que firme un formulario 4506T, el cual nos permite establecer contacto con el IRS para verificar que no presentó la declaración de impuestos.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Marque aquí una vez haya firmado el formulario 4506T</p>	
<p>2. Copias de los tres (3) recibos de pago más recientes y consecutivos independientemente de los talonarios del ciclo de pago, o la declaración del empleador en una hoja con membrete de la compañía.</p>	
<p>3. Si es trabajador independiente, debe presentar una cuenta de pérdidas y ganancias (resultados) de los últimos 12 meses (a partir del mes en curso). La declaración de impuestos sobre la renta del año anterior no se tendrá en cuenta.</p>	
<p>4. Si no tiene ingreso, se le pedirá que firme un formulario de Declaración de Falta de ingreso y manutención (No Income and Support Proclamation), el cual necesitamos para procesar su solicitud. Solicite el formulario.</p>	
<p>5. Copia de los tres (3) estados de cuenta bancario más recientes (por ejemplo, cuenta de ahorros, cuenta corriente, mercado monetario, IRA, 401K, etc.). TODAS LAS PÁGINAS SON NECESARIAS así como todas las cuentas (incluidas las páginas en blanco).</p> <p><i>a. Si no tienen cuentas bancarias, se le pedirá que firme una declaración de ausencia de posesión de cuenta bancaria (No Bank Account Proclamation), que requerimos para realizar el trámite. Solicite el formulario.</i></p>	

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Documentación obligatoria que debe presentar con su solicitud	Incluido
6. Copias de los beneficios por desempleo o compensación por incapacidad (incluir la fecha de inicio).	
7. Copias de los beneficios de la pensión.	
8. Copia del ingreso del Seguro Social (estados de cuenta de beneficios anuales, copia de cheques o depósito directo).	
9. Copias de los avisos de Asistencia gubernamental, incluido el Spend Down (gastos en exceso) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) además de una copia de la carta de determinación y asignación de los cupones de alimentos. <i>a. Si no hay avisos disponibles, se le pedirá que firme un formulario de Autorización para el Departamento de Salud y Servicios Humanos, lo que nos permite obtener el aviso del mismo Departamento. TODAS LAS PÁGINAS SON OBLIGATORIAS.</i>	
10. Carta de indemnización al trabajador (indique fecha de la lesión)	
11. Copias del acuerdo de custodia de los hijos, evidencia de los pagos incluida la frecuencia de estos, o una carta que señale la evidencia del pago, el soporte pagado o recibido	
12. Si está casado pero se ha separado de su cónyuge, requerimos que la corte expida una copia del documento de su separación legal <i>b. Si no pasó por el proceso legal para su separación, se le pedirá que entregue declaraciones certificadas ante notario de la separación así como los contratos de renta</i>	

****PODEMOS HACERLE COPIAS DE CUALQUIER DOCUMENTO APLICABLE ****

Los documentos NO se devolverán a los solicitantes; se escanean y luego se destruyen de forma segura.

Tome en cuenta que los procedimientos opcionales podrán no considerarse para otorgar la asistencia

Utilice esta lista de verificación para asegurarse de que tenemos toda la información necesaria para tramitar su solicitud de manera rápida y correcta. Podremos pedirle información extra, así que asegúrese de que la información de contacto que nos ha proporcionado es correcta y precisa.

- Cirugía estética
- Fertilización in vitro (IVF)
- Tratamiento reproductivo asistido (ART)
- Servicios de bypass gástrico sin la determinación de necesidad médica del responsable del pago
- Cuentas vinculadas a un estudio de investigación
- Elementos de conveniencia para el paciente, como el alojamientos de primera y alojamientos de una noche que fueron solicitados por el paciente y normalmente no están cubiertos por un plan de seguro médico.
- Otros servicios que no son necesarios desde el punto de vista médico y que se facturan de acuerdo con un cronograma de pagos determinado por el mismo paciente.

La información que nos proporciona es confidencial.

Seguirá siendo responsable financieramente de todos los servicios que reciba hasta que tengamos la certeza de que usted califica para la ayuda. Para evitar que algún servicio se vaya a cobranza, debe establecerse un plan de pagos con facturación al 617-726-3884.

Si no nos hemos comunicado con usted a los 30 días después de haber presentado su solicitud, o si necesita ayuda para comprenderla, comuníquese con nuestra oficina de Asistencia financiera al (603) 740-3234 y uno de nuestros representantes le atenderá.

Para conocer la política de asistencia financiera del Wentworth-Douglass Hospital, visite la página www.wdhospital.org/Patient Services/

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Wentworth Douglass Hospital & Wentworth Health Partners

Enviar por correo postal a: 789 Central Avenue

Entrega en persona: 121 Broadway, Wentworth-Douglass Business S

Dover NH 03820

603-740-3234



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

1. Información del paciente:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Tiempo que lleva en el domicilio
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal	
Número telefónico	Dirección de correo electrónico	Seleccione lo que corresponda:	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE. UU.	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Residente de NH <input type="checkbox"/> En unión civil <input type="checkbox"/> Viudo/a

2. Persona encargada de pagar las facturas

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Relación con el paciente	Número del Seguro Social
Dirección si no es la misma que la del paciente	Número telefónico		Dirección de correo electrónico	
Nombre de la aseguradora (aparece en la declaración de impuestos del año anterior)			Fecha de entrada en vigor	

3. **Mencione a TODAS las personas que viven en el hogar, incluido el solicitante:

Use otra hoja de papel de ser necesario

NOMBRE	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	N.º de SEGURO SOCIAL	NOMBRE DEL MÉDICO
1	USTED			
2				
3				
4				
5				
6				

4. Esta solicitud ¿es para servicios anteriores o futuros? Futuros Anteriores Fecha(s) de los servicios: _____

5. Complete lo siguiente si alguien en su hogar tiene seguro médico:

Seguro médico (plan/nombre) _____, Cuenta de ahorros de salud (marcar) – Sí No

¿Quién? _____ N.º de póliza/ n.º de identificación _____ Monto deducible: _____

Medicare Parte A ____, Medicare Parte B ____ Recibe asistencia para pagar Medicare Parte B ____ ¿Quién? _____

6. ¿Alguien en su hogar ha solicitado Medicaid? Sí No ¿Quién? _____

Quién: _____ En caso de respuesta afirmativa y que se haya denegado, incluya una copia del aviso de denegación de Medicaid.

7. ¿Ha solicitado asistencia financiera en otro centro? Sí No En caso de respuesta afirmativa, indique dónde: _____

8. ¿Alguna persona en su hogar está embarazada? Sí No

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

9. ¿Alguien en su hogar ha prestado servicios en el ejército? Sí No ¿Quién? _____
10. En fechas recientes, ¿ha presentado una reclamación de indemnización laboral o por un accidente de vehículo de motor? Sí No Fecha: _____
11. ¿Alguien de su hogar es candidato para recibir beneficios del Seguro Social? Sí No ¿Quién? _____
12. ¿Hay alguien que lo incluya a usted (como dependiente) en su declaración de impuestos? Sí No ¿Quién? _____

13. INFORMACIÓN DEL HOGAR	PERSONA 1 (Paciente)	PERSONA 2 (Cónyuge o dependiente)	PERSONA 3 (Dependiente)
NOMBRES de cada miembro del hogar:	_____	_____	_____
Nombre del empleador:	_____	_____	_____
Ingreso mensual proveniente de:			
Empleo:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Autoempleado:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Cuentas de inversión:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Rentas de bienes raíces:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Desempleado desde (____/____/____) (fecha)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Jubilación: (Seguro Social, pensión, pensión anual)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia/Manutención de un menor:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Asistencia pública, cupones de alimentos:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otros ingresos:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ahorros e inversiones:			
Saldo de las cuentas corrientes	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Saldo de las cuentas de ahorros y certificados de depósito	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Cuentas de IRA, 403B, 401K:		\$ _____	\$ _____
Especifique: _____	\$ _____		
Otros ahorros e inversiones:		\$ _____	\$ _____
Especifique: _____	\$ _____		
Otros:			
Automóvil: Año, marca, modelo	_____	_____	_____
Vehículo recreativo: Año, marca, modelo	_____	_____	_____

14. GASTOS DEL HOGAR					
Pago mensual de la renta: \$ _____ o Pago de la hipoteca: \$ _____ Saldo del préstamo de la hipoteca \$ _____					
Monto del impuesto a la propiedad que no se incluye en el monto del pago anterior: \$ _____ Valor de su casa: \$ _____					
¿Tiene otro inmueble además de su vivienda principal?					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de respuesta afirmativa, ¿cuál es el valor? \$ _____ Saldo de la hipoteca: \$ _____					
Si el otro inmueble es un negocio, anote la dirección: _____					
Pago mensual del préstamo: \$ _____ Pagado a: _____ Por: _____					
Parte D de Medicare que se deduce del cheque del Seguro Social: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto: \$ _____					
Servicios	\$ _____	Seguro (de automóvil/Vida/Propiedad)	\$ _____	Otro: _____	\$ _____
Pensión alimenticia/Manutención de un menor	\$ _____	Seguro médico	\$ _____	Otro: _____	\$ _____
Cuidados de un menor	\$ _____	Facturas de atención médica	\$ _____	Otro: _____	\$ _____
Gastos recurrentes (gas, alimentos, ropa)	\$ _____	Medicamentos	\$ _____	Otro: _____	\$ _____

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

15. ASIGNACIÓN DE DERECHOS: *Favor de leer con atención.*

Mediante mi firma a continuación, autorizo la solicitud de mi declaración de impuestos. Comprendo que es necesario contar con la declaración de impuestos para tramitar esta solicitud y que me podrán solicitar más información antes de determinar si puedo ser candidato(a).

En caso de que no haya indicado con precisión o en su totalidad mis ingresos y activos, el acuerdo para proporcionarme un descuento por asistencia benéfica será nulo y se aplicará de forma retroactiva a la fecha en que se incurrieron las facturas. Estaré obligado a pagar alguna o todos los costos generados durante el proceso de cobranza.

Todos los miembros adultos del hogar que firmen a continuación, autorizan la divulgación de toda información médica, financiera o de empleo que está relacionada directamente con su atención médica o con su elegibilidad para recibir asistencia financiera. Esta información podrá divulgarse a todos los proveedores de atención médica que han prestado servicios de atención o asistencia financiera a los miembros del hogar. Toda la información que se proporcione permanecerá confidencial de conformidad con las disposiciones de la normativa federal de la HIPAA. Los procedimientos opcionales podrán no tomarse en cuenta para otorgar la asistencia

Acepto que pagaré la asistencia financiera en su totalidad si recibo pagos de cualquier clase por los servicios médicos cubiertos en esta solicitud, por ejemplo, pagos del seguro, pagos de programas de gobierno, indemnización por una demanda o cualquier otro.

Si recibo asistencia financiera, acepto informar a la organización donde hice mi solicitud por primera vez sobre los cambios que podrían afectar mi elegibilidad, tales como modificaciones en el tamaño de la familia, el ingreso y la cobertura del seguro médico. Comprendo que si mi situación médica, o la nuestra, se modifica, de manera tal que podamos ser elegibles para un programa de asistencia pública, deberé presentar una solicitud a ese programa y entregaré evidencia de la solicitud.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del solicitante conjunto

Fecha

Firma del dependiente

Fecha