



Solicitud de asistencia financiera - Instrucciones

Si necesita ayuda para pagar su factura médica, puede ser elegible para recibir asistencia financiera de Mammoth Hospital ("MH"). Para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera, siga las instrucciones a continuación para completar la solicitud de asistencia financiera, incluida la presentación de la documentación de respaldo, según corresponda.

1. Documentación: Con el fin de determinar la elegibilidad, envíe documentación de ingresos limitada a (i) recibos de pago dentro de los seis meses anteriores o posteriores a la facturación inicial del paciente o (ii) declaraciones de impuestos sobre la renta del año en que se facturó al paciente por primera vez o 12 meses antes de que se le facturó al paciente por primera vez.

2. Sumisión: Si tiene preguntas, llame a nuestros asesores financieros al (760) 924-4148.

Las solicitudes completas pueden enviarse por correo electrónico a Billing@MammothHospital.com, por fax al (760) 934-1832 o por correo a: Mammoth Hospital, ATTN: Financial Counselors, PO Box 660, Mammoth Lakes, CA 93546

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA PACIENTES

DATE APPLICATION RECEIVED (to be completed by MH): _____

ACCOUNT/MEDICAL RECORD # (to be completed by MH): _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Verifique el tipo de asistencia financiera que le interesa solicitar (la mayoría de los pacientes marcarán ambas casillas):

Atención caritativa (Gratis)

Atención con descuento (Reducida): Los pacientes que solicitan solo atención con descuento pueden recibir menos asistencia financiera de la que puede estar disponible bajo la atención caritativa

Nombre de solicitante: Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Domicilio: _____
 dirección física/P.O. Box Ciudad Código Postal

Número(s) de teléfono: _____ Número(s) de teléfono celular: _____

Seguro Social #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____ Número de teléfono: _____

Ocupación: _____ Tarifa de pago por hora \$: _____

LISTA DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA**(Use papel adicional si es necesario)**

La familia se define como:

- i) Para personas mayores de 18 años, cónyuge, pareja de hecho, hijos dependientes menores de 21 años, o cualquier edad si están discapacitadas, ya sea que vivan en casa o no, y
- ii) Para personas menores de 18 años o para un hijo dependiente de 18 a 20 años de edad, padres, parientes cuidadores y otros niños menores de 21 años, o cualquier edad si está discapacitado, del padre o pariente cuidador.

NOMBRE	RELACION	EDAD

INGRESOS MENSUALES (DEBE ESTAR POR DEBAJO DEL 450% DEL FPL PARA SER ELEGIBLE)

	PACIENTE/INGRESOS FAMILIARES
SALARIO BRUTO (antes de las deducciones)	

GASTOS ESENCIALES DE MANUTENCIÓN

Renta/Hipoteca \$ _____	Utilidades \$ _____	Alimentos \$ _____
Manutención de los hijos \$ _____	Pension alimentaria \$ _____	Prestamos \$ _____
Primas de seguro \$ _____	Medico \$ _____	

Al firmar a continuación, declaro/declaramos que toda la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Autorizo/Autorizamos a Mammoth Hospital a verificar cualquier información enumerada en esta solicitud.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Padre/Tutor _____ Fecha _____