

Atención caritativa y Programa de Asistencia Financiera Política y criterios

Sección 1: Información del paciente		
NOMBRE	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (OPCIONAL)	
FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL) <input type="checkbox"/> No tengo un número de seguro social	
DIRECCIÓN POSTAL (CALLE)		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
¿El paciente está actualmente sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	

¿El paciente está inscrito en un programa de asistencia estatal, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), Mujeres, Bebés y Niños (WIC), vivienda para personas de bajos ingresos o Medicaid?
 Sí No

Sección 2: Información del hogar	
Tamaño del hogar: Número de miembros del hogar (incluyéndolo a usted) que viven en su hogar. Puede incluir un cónyuge o pareja doméstica calificada, hijos, un cuidador que no sea el padre, pariente, etc.	
Ingreso del hogar (mensual): Ingreso bruto total (ingresos antes de impuestos y deducciones) de todos los miembros del hogar mayores de 18 años. Marque TODOS los tipos de ingresos que aplican: <input type="checkbox"/> Negocio/alquiler renta. <input type="checkbox"/> Seguro Social/seguridad suplementaria <input type="checkbox"/> Ingresos/salarios del trabajo. <input type="checkbox"/> Prestaciones por desempleo/ingresos por discapacidad <input type="checkbox"/> Ingresos por beneficios para veteranos. <input type="checkbox"/> Pagos de manutención del cónyuge/hijos recibidos <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses o dividendos <input type="checkbox"/> Pensiones/jubilaciones/anualidades recibidas <input type="checkbox"/> Ingresos de autónomos. <input type="checkbox"/> Nadie en mi hogar está ganando o ha recibido invome en los últimos 2 meses	<p>Si el ingreso bruto anual de todos los miembros del hogar es cero, marque la casilla de certificación que se encuentra arriba. A continuación, proporcione una explicación por escrito de cómo los miembros adultos de la familia en el hogar se mantienen sin ingresos, es decir, alimentos, vivienda, servicios públicos y otras necesidades.</p>

Atención caritativa y Programa de Asistencia Financiera
Política y criterios

	\$
Costos de atención médica: Total de gastos de bolsillo que tuvo durante un período de 12 meses por servicios de emergencia o medicamento necesarios proporcionados por cualquier otro proveedor de atención médica. Puede incluir copagos, depósitos, coseguros o pagos de deducibles por servicios médicos, farmacéuticos o dentales elegibles.	\$

Por la presente declaro que toda la información establecida anteriormente en esta solicitud es verdadera, precisa y completa en todos los aspectos. También reconozco y acepto que soy responsable ante Harborside Surgery Center debido a los bienes y servicios médicos que no son elegibles bajo el programa (los "Montos restantes").

Al enviar esta solicitud, le doy permiso a Harborside Surgery Center para solicitar información a las agencias de informes de crédito del consumidor y otras fuentes de información de terceros para verificar cualquier información proporcionada en esta solicitud que se considere necesaria.

FIRMA	FECHA
-------	-------