



SOLICITUD/DETERMINACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Apellido del paciente _____ Primer nombre _____ Inicial del Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Apellido del esposo/a _____ Primer nombre _____ Inicial del Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad/Estado _____ Código postal _____

Número de seguro social _____ Teléfono # (hogar) _____ (trabajo) _____

Empleador _____

Tamaño del hogar _____ (número de dependientes viviendo en la casa del solicitante)

Últimos 12 meses

Ingreso bruto del paciente _____

Otros ingresos de la familia _____

Ingreso total del hogar _____

Incluya ingresos de sueldo (talones de los últimos 3 meses), formularios de impuestos del año anterior, autoempleo, desempleo, seguro social, pensión, indemnización, asistencia pública, pensión alimenticia, manutención, interés, dividendos de renta, beneficios de veteranos, etc.

¿El paciente es dependiente en algún formulario de impuesto adicional? [] Sí [] No
En caso afirmativo, adjuntar copia de declaración de impuestos.

Se puede solicitar documentación financiera adicional
Por favor detalle los cambios de circunstancias familiares o de ingresos durante los últimos seis (6) meses antes de la fecha de esta solicitud y cualquier cambio esperado en los seis (6) meses siguientes a esta solicitud.

Para solicitar el programa de asistencia financiera MVHS, complete este formulario de solicitud dentro de 90 días desde la fecha de alta, proporcione toda la documentación de ingresos requerida en relación al tamaño de su familia. Si debe solicitar Medicaid, New York Health Exchange o Medicare, debe hacerlo antes de que nosotros tomemos en consideración su solicitud. Si es excluido de la cobertura de Medicaid debido a cumplimiento o criterios, la asistencia financiera puede ser negada. La oficina de negocios MVHS hará una determinación de elegibilidad escrita final dentro de los treinta (30) días hábiles después de recibir la solicitud y toda la documentación requerida. Para la versión completa de las directrices de asistencia financiera de MVHS, por favor visite nuestro sitio web enmvhealthsystem.org/billing o llame a FSLH (315) 624-5170 o SEMC (315) 801-3108 para que le envíen una copia. Si desea apelar la decisión, por favor póngase en contacto con la oficina de negocios aplicable. También puede comunicarse con NYS DOH 1(800)-804-5447 o 1(518)-402-6993.

Certifico que la información anterior es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento. Además hago solicitud de asistencia (Medicaid, Medicare, Seguro, etc.) que puede estar disponible para el pago de mi cargo de hospital, y tomaré medidas razonablemente necesarias para obtener tal asistencia y asignar o pagar al hospital la cantidad recuperada por gastos hospitalarios. Si alguna información que he proporcionado resulta ser falsa, entiendo que el hospital puede volver a evaluar mi situación financiera y tomar cualquier acción que crea apropiada. Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por MVHS y sus auditores internos.

Fecha de solicitud _____ Firma del solicitante _____

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD (para uso de la oficina solamente)

Fecha de recepción de la solicitud _____ Periodo aprobado _____

Activos y pasivos del paciente no necesarios para la subsistencia según lo revisado por el supervisor de crédito _____

Documentos recibidos para verificación de ingresos: W-2's _____ Talones _____ Otro _____

Fecha de decisión de la solicitud _____ Aprobada _____ Negada _____ Firma autorizada _____

Aprobado: Nivel 1 _____ Nivel 2 _____ Nivel 3 _____ (ver adjunto para la responsabilidad del paciente)

Spanish

Razón de negacion
