



Swedish Covenant Hospital

Gracias por elegir a Swedish Covenant Hospital para sus necesidades de atención médica.

Importante: TAL VEZ PUEDA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Completar esta solicitud ayudará a Swedish Covenant Hospital a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento, u otros programas públicos que pueden ayudarlo a pagar su atención médica. Entregue esta solicitud al hospital.

SI NO CUENTA CON UN SEGURO, NO SE NECESITA UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA RECIBIR LA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Sin embargo, sí se necesita un número de Seguro Social para algunos programas públicos, lo que incluye Medicaid. No es obligación proporcionar un número de Seguro Social, pero, si lo hace, ayudará al hospital a determinar si califica para algún programa público.

Complete este formulario y preséntelo al hospital en persona, por correo postal, por correo electrónico o por fax para solicitar la atención gratuita o con descuento en un plazo de 60 días posteriores a la fecha de descargo o de la atención como paciente ambulatorio.

El paciente reconoce haber realizado un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para recibir la asistencia financiera.

Si usted es presuntivamente elegible para recibir la asistencia financiera de acuerdo con sus ingresos, no se le solicitará información sobre sus gastos.

Certifico que la información de esta solicitud es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Solicitaré algún tipo de asistencia estatal, federal o local para la que pueda ser elegible para que me ayude a pagar esta factura de hospital. Comprendo que es posible que el hospital verifique la información provista y autorizo al hospital a que se comunique con terceros para verificar la veracidad de la información proporcionada. Comprendo que, si proporciono información falsa en esta solicitud de forma intencional, no seré elegible para recibir la asistencia financiera, y cualquier asistencia financiera que haya recibido se puede revertir y seré responsable del pago de la factura del hospital.

Firma del paciente/solicitante/fecha



Swedish Covenant Hospital

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha de la solicitud: _____

Nombre del paciente: _____

Números de cuenta: _____

Responsabilidad total del paciente: _____

Fecha límite para entregar la información: _____

Declaración del paciente

Cantidad de personas en la familia o el grupo familiar del paciente _____

Cantidad de personas que son dependientes del paciente _____

Edades de los dependientes del paciente _____

Proporcionar los ingresos y ganancias actuales (semanales, quincenales, mensuales, anuales)

Paciente _____

Cónyuge _____

Otro _____

Comentario: _____

Información sobre activos y sobre el valor estimado de los activos, que se limita a lo siguiente:

Cuentas bancarias: _____

Cuentas de ahorro: _____

Acciones: _____

Certificados de depósito: _____

Fondos comunes de inversión: _____

Automóviles: _____

Bienes inmuebles: _____

Cuentas de ahorros para la salud/de gastos flexibles: _____

Información sobre gastos mensuales y cifras de gastos estimados, que se limitan a lo siguiente:

Vivienda: _____

Servicios públicos:

Electricidad _____

Calefacción _____

Agua _____

Alimentos: _____

Transporte: _____

Cuidado de niños: _____

Préstamos: _____

Si el paciente cumple con el criterio de elegibilidad presuntiva que se establece en la sección 4500.40 o es, de alguna otra manera, presuntivamente elegible en virtud de sus ingresos, no se requerirá que el paciente complete las secciones de la solicitud que recopilan la información de gastos mensuales y las cifras de gastos estimados que se incluyen en la subsección (g).

Certifico que la información de esta solicitud es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Solicitaré algún tipo de asistencia estatal, federal o local para la que pueda ser elegible para que me ayude a pagar esta factura de hospital. Comprendo que es posible que el hospital verifique la información provista y autorizo al hospital a que se comunique con terceros para verificar la veracidad de la información proporcionada. Comprendo que, si proporciono información falsa en esta solicitud de forma intencional, no seré elegible para recibir la asistencia financiera, y cualquier asistencia financiera que haya recibido se puede revertir y seré responsable del pago de la factura del hospital.

Firma del paciente/solicitante/fecha