

Personal y confidencial

Guarantor Name Smarttext

Guarantor Address Smarttext

Date Smarttext: October 08, 2021

**Garante:** Guarantor smarttext

**Número de caso:** smarttext

**Pacientes incluidos en el caso:**

- smarttext patient name(s)

Estimado *patient name smarttext*:

Gracias por elegir Holy Cross Health como su proveedor de atención médica y por expresar su interés en nuestro programa de asistencia financiera. Complete la solicitud adjunta y devuélvala a la dirección que figura a continuación para completar la evaluación de su asistencia financiera.

Si un miembro de su familia o alguien más está contribuyendo con más del 50 % del sustento para cubrir sus gastos diarios, provea la siguiente información acerca del individuo.

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Envíe su solicitud por correo a la siguiente dirección. Si tiene alguna pregunta, contáctese con nuestro Servicio de Atención al Cliente al 800-494-5797 entre 8:00 am - 5:30 pm.

Atentamente,

Centro de Servicios Corporativos para Pacientes

34375 W. Twelve Mile Rd.

Farmington Hills, MI 48331



**Solicitud**

¿Tiene Medicaid y/o Medicare?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si tiene, nombre/ identificación	
¿Ha solicitado Medicaid en los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí		
Si no lo hizo, ¿aplicó para recibir seguro a través del Mercado de Seguros de Salud?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si no lo hizo, seleccione el motivo y provea la documentación.	<input type="checkbox"/> No calificaba <input type="checkbox"/> No puedo pagar la prima <input type="checkbox"/> Estoy exento de penalidades <input type="checkbox"/> Otros: incluya una carta de explicación con la solicitud.
¿Usted o alguien en su hogar tiene otro seguro de salud, incluido el seguro para veteranos (VA, por sus siglas en inglés), COBRA, uno comercial o un plan para jubilación?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí		
¿Ha solicitado recibir beneficios por discapacidad?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si lo hizo, ¿cuándo?	
¿Está buscando servicios médicos como resultado de un crimen violento ocasionado por otra persona?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si lo hizo, ¿se ha realizado un atestado policial?	Atestado policial n.º
¿Está buscando servicios médicos por un accidente automovilístico u otro accidente?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si lo hizo, ¿se ha realizado un atestado policial?	Atestado policial n.º
¿Tiene un seguro automotor?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí		Nombre del seguro automotor:  Nombre del regulador:

**Empleo**

Persona empleada	Empleador	Pago bruto	Por	Monto bruto mensual
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	

**Ingreso mensual de su hogar de otras fuentes**

Fuente	Mensual	Anual
Pensión alimenticia	\$	\$
Tipo de programa de asistencia federal (por ejemplo, dinero en efectivo, vales de alimentos, etc.)	\$	\$
Pensión/cobro por anualidad	\$	\$
Seguro Social/Discapacidad por Seguro Social	\$	\$



## VERIFICACIÓN DE INGRESOS E IDENTIFICACIÓN

Por el presente, autorizo a **Holy Cross Health** a divulgar información en mi expediente para ayudar con la afiliación a distintos programas de salud y de servicios humanos que estoy solicitando. Entiendo que esta información puede incluir información financiera, médica y/o cualquier otra información en mi expediente.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés) ejecuta las regulaciones privadas federales comúnmente conocidas como la Ley de Privacidad HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). HIPAA requiere que la mayoría de los médicos, enfermeros, farmacias, hospitales, instituciones de cuidado de ancianos o enfermos y otros proveedores de atención médica protejan la privacidad de su información de salud. Aunque HIPAA requiere que los proveedores de atención médica protejan su privacidad, a los proveedores se les permite, en la mayoría de las circunstancias, comunicarse con la familia y los amigos del paciente, u otros involucrados en su cuidado o en el pago del cuidado que recibe.

Autorizo a Trinity Health a utilizar la información provista en mi solicitud de Medicaid para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera. Entiendo que se me puede pedir que provea información y documentación adicional para completar mi solicitud de asistencia financiera.

Certifico que la información provista en esta solicitud es verdadera y completa a mi completo entender. Entiendo que la información provista será verificada y tratada como personal y confidencial. También entiendo que seré responsable por el reembolso de cualquier servicio prestado por los miembros de Trinity Health si la información anterior es provista bajo un falso pretexto.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL CÓNYUGE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

(Si corresponde)

O FIRMA DEL TUTOR LEGAL: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## VERIFICACIONES REQUERIDAS PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

Si es menor de 21 años, tiene 65 años o más, está embarazada, es ciego, es discapacitado o es padre o pariente cercano que vive y actúa como padre de un niño menor de 18 años o que califica para el programa de asistencia financiera, necesitaremos una Determinación de Medicaid para revisar sus cuentas para recibir la asistencia financiera.

- Determinación de Medicaid

**Si no tiene seguro**, le pediremos que se inscriba en el mercado de seguros médicos (si corresponde) antes de que podamos revisar sus cuentas para que reciba la asistencia financiera. Si se ha inscrito y tiene la documentación o ha recibido una exención de afiliación, provea la documentación con su solicitud. Si no le es posible obtener esta documentación, deberá completar el Documento de atestación del mercado de seguros médicos.

- Atestación del mercado

### Verificaciones de ingresos

Ingreso de empleo: recibos de pagos consecutivos de los últimos 30 días, donde se muestre el monto bruto.

Trabajador autónomo, ingreso por alquiler o agricultura.

- Los tres formularios más recientes de meses de Ganancia/Pérdida.
- Los documentos de declaración de impuestos del año anterior (Formulario 1040 con anexo C, E o F).

Sin ingresos: provea una carta de respaldo que incluya el nombre de la persona, la relación con el paciente y el número de teléfono.

Ingreso por Seguro Social: el estado de cuenta de los últimos 30 días donde se muestren los depósitos directos o la Carta de Beneficios de Seguro Social.

Ingreso por desempleo: el estado de cuenta de los últimos 30 días donde se muestren los depósitos directos o la Carta de Beneficio de Desempleo.

Ingreso por manutención de niños: el estado de cuenta de los últimos 30 días donde se muestren los depósitos directos o un documento judicial donde se muestre el monto aprobado.

Pensión o pagos mensuales por anualidad: el estado de cuenta de los últimos 30 días donde se muestren los depósitos directos o una carta de aprobación.

Ingresos por empleo de temporada: una copia de su formulario W2 más reciente o declaración de impuestos completa.

### Verificaciones de bienes

Cuenta de ahorro/cheque: estados de cuenta de los últimos 60 días para cada cuenta.

Certificados de depósito (CD, por sus siglas en inglés), cuentas de mercado financiero u otras inversiones que proveen un ingreso mensual: el estado de cuenta de los últimos 30 días donde se muestren los depósitos directos.