

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE DIFICULTADES FINANCIERAS

(De acuerdo con el ingreso BRUTO anual del hogar y los dependientes)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Apellido Nombre

Conyugue/compañero: _____
 Apellido Nombre

Dirección del paciente: _____
 Dirección postal

 Ciudad Estado Código postal

Ingreso BRUTO anual del hogar \$ _____ Cantidad de miembros del hogar (paciente, conyugue o compañero del paciente y dependientes) Adultos: _____ Menores: _____

Plan de seguro: _____

Deducible/Copago/Coaseguro del paciente: _____

¿En terapia debido a reclamación por compensación de trabajadores, accidente automovilístico o responsabilidad civil? Sí No

Si es afirmativo, ¿tiene abogado? Sí No

Nombre del abogado: _____ Teléfono: _____

PARA TOMAR UNA DETERMINACIÓN DEBE PROPORCIONAR DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS CON LA SOLICITUD. LA DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS NECESARIA ES LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES MÁS RECIENTE Y PRUEBA DE INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, QUE INCLUYE, SIN LIMITACIÓN: 3 ÚLTIMOS RECIBOS DE NÓMINA, DECLARACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL, PAGOS DE DISCAPACIDAD O RETIRO, ETC. SI NO ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTOS FEDERALES, LOS PACIENTES DE MEDICAID PUEDEN PRESENTAR UNA COPIA DE SU DECLARACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL DEL AÑO EN CURSO QUE DEMUESTRE EL MONTO MENSUAL BRUTO RECIBIDO. SE PUEDE SOLICITAR MÁS INFORMACIÓN PARA AYUDAR A TOMAR LA DETERMINACIÓN.

Yo, el abajo firmante, certifico que la anterior información es verdadera y precisa. Comprendo que si proporciono información falsa o imprecisa, seré excluido de postularme o participar en el programa de dificultades financieras por un periodo mínimo de un año, a discreción de Select Medical. También comprendo que el monto exonerado puede cambiar si se determina que información adicional afecta la dificultad financiera.

 Firma del padre/guardián Nombre en letra imprenta Fecha

 Firma del testigo Nombre en letra imprenta Fecha

Cantidad exonerada basada en la dificultad financiera (debe completar la Oficina central de facturación y cobranzas) _____%

 Firma de aprobación del supervisor de servicio al cliente de la Oficina central de facturación y cobranzas Nombre en letra imprenta Fecha

 Firma de aprobación del gerente de servicio al cliente de la Oficina central de facturación y cobranzas Nombre en letra imprenta Fecha

 Centro Número de cuenta del paciente Base de datos