

F/S	MCD	DIS	
Ingresos:			
100%	90%	80%	70%

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA
FECHA DEVOLUCIÓN: _____ **o a los 21 días de la fecha de entrega.**

Toda información suministrada será confidencial, de conformidad con nuestra política de privacidad.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Número de cuenta

RESPONSABILIDAD DEL SOLICITANTE – Por favor, lea y firme

Certifico que la información suministrada es correcta y por la presente autorizo al Norman Regional Health System a verificar toda la información brindada y autorizo a un tercero a entregar a Norman Regional Health System la información requerida para verificar y autenticar esta solicitud.

Entiendo que para procesar esta solicitud puede ser necesario recabar más información y que debo proporcionarla cuando se me solicite. Entiendo que, al no hacerlo, la denegación será automática.

Norman Regional Health System está autorizado a verificar mi historial crediticio y a notificar a otros su experiencia crediticia conmigo.

Seguro de salud:

Entiendo que el seguro de salud tiene prioridad sobre la asistencia financiera. Entiendo que antes de solicitar la asistencia financiera todos los seguros deben estar presentados y resueltos.

Entiendo que mi aseguradora de salud puede solicitar información adicional para procesar mi pedido. Entiendo que si no brindo la información solicitada y que si esto da como resultado la negativa de pago por parte de la compañía de seguros, mi solicitud de asistencia financiera será denegada y seré responsable del pago de todos los cargos por los servicios recibidos.

Responsabilidad de terceros:

Entiendo que si esta hospitalización es para tratar una lesión, enfermedad o problema médico que puede haber sido causada/o por un tercero y ese tercero es o puede ser responsable por daños y perjuicios, los reclamos que yo interponga contra el tercero y/o las sumas que cobre del tercero tendrán prioridad sobre la asistencia financiera y la asistencia financiera otorgada quedará sin efecto. Entiendo que, en ese caso, seré responsable del pago de los costos de los servicios cubiertos.

Firma del solicitante	Fecha	Firma de Cónyuge / Pareja	Fecha
-----------------------	-------	---------------------------	-------

LAS SOLICITUDES FIRMADAS pueden ENVIARSE POR CORREO o ENTREGARSE EN MANO A:
 Norman Regional Health System, att: PFS, 901 N Porter, PO Box 1308, Norman, OK 73070-1308 or faxed to 405-307-1304.

Si opta por el correo electrónico o quiere hacer consultas, llame al 405-307-1318, Opción 2

<i>Para los Servicios Financieros del Paciente (Patient Financial Services) use solo: Determinación: (Solo iniciales)</i>					
Aprobado: (Marque uno solo con círculo)	100%	90%	80%	70%	20% FPG
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Razón por la que se negó:				Fecha:	

Patient Label

PARTE A**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: Si el paciente es menor de 18, el solicitante debe ser un progenitor o tutor.**

Primer nombre: _____ Inicial 2º: _____ Apellido: _____

Dirección postal: _____

Ciudad, CP: _____ Estado: _____ CP: _____ Tel:(____) _____

Dirección anterior si hace menos de 1 año que vive en la dirección actual:
_____**Nombre del familiar más cercano que no vive con usted:** Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

PARTE B**MIEMBROS DEL HOGAR: Nombre a todos los que viven en la casa, incluido usted**

Relación con usted	Nombre	Fecha nacim.	Nº Seguro Social (solo mayores 18)	¿Esta persona recibe:	
				Cupón alim.?	Medicaid? Sí: Nº ID
1. USTED				S N	S N
2.				S N	S N
3.				S N	S N
4.				S N	S N
5.				S N	S N
6.				S N	S N
7.				S N	S N
8.				S N	S N

CALIFICADORES AUTOMÁTICOS **sujetos a verificación.**Beneficios del Seguro Social por Discapacidad, de Cupones de Alimentos y de Medicaid.****PARTE C****¿El solicitante recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) del Seguro Social?**(se aplica **únicamente** al paciente): Envíe una copia de la carta de beneficios del Seguro Social que establezca que usted tiene derecho a percibir beneficios Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) del Seguro Social.**PARTE D**Para calificar para recibir asistencia financiera con **BENEFICIOS DE CUPONES O DE MEDICAID.**

La persona con beneficios de cupones de alimentos o de Medicaid debe ser el solicitante o bien figurar en la carta de beneficios donde se establezca que usted tiene derecho a recibirlos. Se podrá exigir constancia.

Cupones de alimentos: Envíe una copia de su carta más reciente de verificación de cupones de DHS.**Medicaid/SoonerCare:** Envíe una copia de su carta más reciente de aprobación de Medicaid/SoonerCare.**Nota:** Los beneficios de Planificación Familiar, Salud Mental y Abuso de Sustancias no son calificadores.**Sólo el Título 19, S.L.M.B. y QUA-1 son beneficios que califican**Si respondió **SÍ** a la **PARTE C** o **D** – **VAYA A LA PARTE E.**Si respondió **NO** a las **PARTE C** y **D:** **VAYA A LA PÁGINA 3.****PARTE E**Si respondió **SÍ** a la **PARTE C** o **D.****FIRME LA RESPONSABILIDAD DEL SOLICITANTE EN LA PÁGINA 1 y entregue la documentación requerida.******DETÉNGASE** NO COMPLETE LA PÁGINA 3**

PARTE F

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL HOGAR

Sin esta información y los documentos, no podremos revisar su solicitud de asistencia financiera.

EMPLEO

Solicitante:

Empleador: _____

Fecha de inicio (si es menos de un año): _____

Ingresos Brutos Mensuales Estimados: \$ _____

¿Con qué periodicidad le pagan?:

Semanal Cada dos semanas (semana por medio)

Bimensual (dos veces al mes) Mensual

¿Le pagan mediante cuenta en banco? Depósito Directo

Cheque Tarjeta de Débito

Cónyuge:

Empleador: _____

Fecha de inicio (si es menos de un año): _____

Ingresos Brutos Mensuales Estimados: \$ _____

¿Con qué periodicidad le pagan?:

Semanal Cada dos semanas (semana por medio)

Bimensual (dos veces al mes) Mensual

¿Le pagan mediante cuenta en banco? Depósito Directo

Cheque Tarjeta de Débito

Empleado autónomo:

Nombre de la empresa: _____

Dirección: _____

Teléfono (____) _____

****DOCUMENTACIÓN REQUERIDA**

Ingresos del hogar:

**Verificación escrita de los ingresos del hogar de los últimos doce meses.

Debe incluirse a cada miembro de la casa.

****Salario:** Proporcione la cifra del salario actual de cada miembro del hogar.

****Cuentas bancarias:**

Cuenta corriente / Caja de ahorro: Mande resúmenes de tres meses (90 días) de la cuenta corriente y un resumen actual de la caja de ahorro.

No tengo cuenta en el banco.

**En este caso, mande una copia de la pago de la casa / recibo actual del alquiler y un recibo actual de un servicio.

****Declaración del Impuesto Federal sobre la Renta:**

Envíe una copia de la declaración más reciente del Impuesto Federal sobre la Renta de cada asalariado. Envíe todas las páginas de la declaración, incluidos todos los Anexos, los W2 y los 1099.

No presenté la declaración de impuestos del último año. Firma: _____

Si trabajó una parte del año fiscal anterior y no presentó la declaración, envíe los W2s o los Formularios 1099.

Estudiantes:

****Estudiante de instituto de enseñanza superior / universidad:**

Incluya también la carta de Notificación de Ayuda Financiera (FAN por su sigla en inglés), constancia de Inscripción

****Estudiante internacional:** Incluya también una copia de su Formulario I-20 entregado a su Universidad / Instituto de Enseñanza Superior

Comentarios: _____

Gastos mensuales

Vivienda:

Alquiler Propia

Renta/Pagos:

\$ _____

Saldo de la hipoteca:

\$ _____

Servicios públicos:

Electricidad \$ _____

Gas \$ _____

Agua \$ _____

Comida \$ _____

Auto:

Pagos \$ _____

Tarjetas de crédito:

Gastos médicos:
