



PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA AL PACIENTE

Polara Health reconoce que ciertos pacientes pueden requerir asistencia financiera para pagar sus servicios de asistencia médica. El Programa de asistencia financiera al paciente ha sido diseñado por el hospital en respuesta a las necesidades de los pacientes.

Se adjunta una solicitud de asistencia financiera para pacientes para que la complete y nos la devuelva antes de la fecha que figura a continuación.* La información requerida en el formulario nos ayudará a determinar si usted califica para recibir la asistencia. Complete el formulario con toda la información posible y devuélvalo con copias de los elementos que se enumeran a continuación:

- recibos de sueldo de los últimos tres (3) meses o del formulario W-2 del año anterior
- carta de adjudicación de beneficio del Seguro Social
- recibos de pago por desempleo de los últimos tres (3) meses
- prueba del recibo de la pensión
- declaración actual de impuestos presentada ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS)
- extractos bancarios o de cooperativas de crédito de los últimos tres (3) meses
- declaraciones de inversiones de los últimos tres (3) meses
- estado de la hipoteca en los últimos tres (3) meses y declaración anual de impuestos a la propiedad
- registros comerciales como autónomo
- en el caso de no percibir ingresos, debe presentarse una carta de apoyo de la/s persona/s a cargo de las necesidades básicas del paciente

Otros documentos solicitados para demostrar su relación con otros miembros del grupo familiar, derecho al Seguro Social y domicilio legal de residencia:

- certificado de nacimiento o bautismo, o documentos de adopción de menores
- licencia de matrimonio
- tarjetas del Seguro Social
- licencia actual de conducir
- otros documentos que indiquen el domicilio legal de residencia

No se aceptará una solicitud incompleta hasta que se haya completado en su totalidad. Previa revisión de la solicitud, nuestro Departamento de Facturación lo contactará para indicarle los pasos a seguir.

Departamento de Facturación de Polara Health:
Solicitud

* Fecha de vencimiento: _____

NOMBRE DEL PACIENTE		SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO		FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL GARANTE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO		SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN O CÓDIGO POSTAL		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL
NOMBRE DEL CÓNYUGE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO		SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN O CÓDIGO POSTAL		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO
CANT. DE MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR		¿EL PACIENTE VIVE EN EL GRUPO FAMILIAR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		NÚMEROS DE CUENTA	
CANT. DE HIJOS MENORES DE 18 AÑOS EN EL GRUPO FAMILIAR		CANT. DE HIJOS DEPENDIENTES MAYORES DE 18 AÑOS			
CANT. DE HIJOS DEPENDIENTES MAYORES DE 18 AÑOS QUE SON ESTUDIANTES DE TIEMPO COMPLETO		NÚMERO DE HIJOS DEPENDIENTES QUE TIENEN DISCAPACIDADES			
BIENES RAÍCES (SELECCIONE TODO <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Alquila LO QUE CORRESPONDA)		OTROS BIENES TANGIBLES (PROPIEDADES, COLECCIONABLES)			
FUENTE MENSUAL DE INGRESOS		PROPIOS	DEL CÓNYUGE	DE LOS HIJOS	TOTAL
Empleo					
Seguro Social					
Comp. Industrial					
Desempleo					
Pensión/Jubilación/Renta vitalicia					
Cupones de alimentos, ADC, GA					
Otros (ingreso por alquileres, pensión alimenticia, cónyuge, etc.)					
INGRESO BRUTO TOTAL					
EMPLEADOR DE LA PARTE RESPONSABLE					
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO
POSICIÓN			INGRESO MENSUAL \$	FECHA DE INICIO	
CUENTA CORRIENTE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	IMPORTE TOTAL \$	NOMBRE DEL BANCO			
CAJA DE AHORROS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	IMPORTE TOTAL \$	NOMBRE DEL BANCO			
CERTIFICO QUE LA INFORMACION AQUI BRINDADA ES COMPLETA Y EXACTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER. ENTIENDO QUE LA FALSIFICACIÓN DELIBERADA PUEDE CONDUCIR A LA NEGACIÓN DE TODA CONSIDERACIÓN. POR LA PRESENTE, AUTORIZO AL HOSPITAL A REALIZAR CUALQUIER CONSULTA PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN PROVISTA Y OBTENER CUALQUIER DATO ADICIONAL QUE REQUIERA EL CENTRO.					
FIRMA DEL SOLICITANTE				FECHA	
FIRMA DEL COTITULAR			FIRMA DEL TESTIGO		

- RELACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR: Certificado de nacimiento o bautismo, o documentos de adopción de menores, licencia de matrimonio, sentencia de divorcio o documentación de separación legal.
- TARJETAS DEL SEGURO SOCIAL
- PRUEBA DE DOMICILIO DE RESIDENCIA: Licencia de conducir actual, otros documentos que prueben el domicilio de residencia.
- ACTIVOS: Extractos de cuentas bancarias o de cooperativas de crédito de los últimos tres (3) meses, acciones, bonos, valores, certificados de fechas.
- INGRESO PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR: Cheques o recibos/comprobantes de declaración de los salarios brutos del empleador, registros comerciales como autónomo, carta de asignación de ingresos o carta de beneficios educativos, otros documentos que demuestren los ingresos.

- Período de ingreso** _____ a _____
- EXTRACTOS BANCARIOS DE LOS ÚLTIMOS TRES (3) MESES
 - DECLARACIÓN IMPOSITIVA DEL AÑO ANTERIOR