



LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD POR DIFICULTADES MÉDICAS

Dificultades médicas: las dificultades médicas se evalúan caso por caso o una vez que se hayan presentado solicitudes a todos los programas de asistencia médica y estas hayan sido denegadas. Sin embargo, para calificar para poder presentar una solicitud por dificultades médicas, primero debe completar la solicitud y presentarnos **TODA** la documentación que se solicita a continuación. Utilice esta lista de verificación como referencia sobre lo que debe reunir y presentar junto con su solicitud.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DIFICULTADES MÉDICAS:

	Solicitud por dificultades médicas completada y firmada
	Identificación/documento de identidad con foto
	Prueba de residencia
	Tarjetas de seguros (si procede)
	Proporcione pruebas de <u>TODOS</u> sus ingresos
	Proporcione copias de <u>TODAS Y CADA UNA DE LAS FACTURAS</u> que tenga
	Cartas de denegación de asistencia (Medicaid, asistencia para indigentes, atención de caridad u otros)
	Traiga estados de cuentas bancarias recientes con fecha retroactiva desde 3 meses atrás hasta la fecha actual



SOLICITUD POR DIFICULTADES MÉDICAS

Complete la siguiente información y envíe la solicitud y TODA la documentación solicitada al asesor financiero para determinar si usted califica por dificultades médicas. Si se aprueba, el descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en Sierra Vista Hospital.

Nombre _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Saldo pendiente actual del paciente de Sierra Vista Hospital: _____

Indique **TODAS** las fuentes de ingresos.

Fuente	Propios	Cónyuge	Otros	Total
Salarios brutos, sueldos, propinas, etc.				
Ingresos de actividades comerciales, trabajo por cuenta propia y dependientes				
Compensación por desempleo, compensación al trabajador, Seguro Social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensiones o jubilaciones				
Intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos procedentes de patrimonios, fideicomisos, ayudas educativas, pensiones alimenticias, manutención de menores, ayudas procedentes de fuera del grupo familiar				
Cualquier fuente adicional				
Ingresos totales				

Debe adjuntar copias de cada factura a esta solicitud.

Certifico que toda la información indicada arriba es correcta.

Nombre (en letra de imprenta)

Para uso exclusivo de la oficina

Nombre del paciente: _____ N.º de ID del paciente: _____

Preparador de solicitudes de BO: _____ Fecha: _____

Lista de verificación	Sí	No
Identificación/dirección: licencia de conducir, factura de servicios públicos, identificación de empleo o algún otro formulario		
Ingresos: declaración de impuestos del año anterior, tres comprobantes de pago más recientes o algún otro documento		
Otras cartas de denegación de asistencia: Medicaid, asistencia para indigentes, atención de caridad u otras		
Facturas: facturas incluidas en la solicitud, acompañadas de copias de cada factura		

Firma del director de BO: _____ Fecha: _____

Firma del director financiero interino: _____ Fecha: _____

Aprobado: Sí/ No

NOTAS: _____

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.