

Estimado paciente:

Le enviamos en adjunto la solicitud para el Programa de atención benéfica de INTEGRIS Health. Al completar la solicitud, nos permitirá determinar cuál es su necesidad de recibir asistencia financiera para pagar sus facturas médicas.

Comprendemos su deseo de gozar de privacidad. Excepto con fines de verificación, la información incluida en su solicitud se tratará como información confidencial. NO se compartirá con nadie fuera de INTEGRIS Health, salvo con quienes se autorice más adelante.

Complete cada punto de la solicitud. Si necesita espacio adicional para hacer explicaciones, utilice la parte posterior de la solicitud u otra hoja de papel. Se podría obtener un informe crediticio para verificar la información proporcionada en esta solicitud. **Toda la documentación que proporcione se convertirá en propiedad de INTEGRIS Health y no le podrá ser devuelta.**

Deben proporcionarse copias de todos los elementos indicados a continuación que *sean aplicables a usted* para que podamos hacer una determinación sobre la asistencia.

1. **Copia completa de la Transcripción de impuestos de 2016* (PARA OBTENER LA DECLARACIÓN OFICIAL DE LA I.R.S., LLAME AL 1-800-908-9946 o visite su sitio web en IRS.gov) o Declaración de impuestos completa. (No incluye los formularios W-2 ni los recibos de sueldo).**
2. **Copia completa de la Transcripción de impuestos de 2016* con la Carta de adjudicación del Seguro Social para los años vigentes (incluido el ingreso del cónyuge, si corresponde).**
3. **Copia completa de la Transcripción de impuestos de 2016* con Declaración de discapacidad física que indique una discapacidad permanente y documentación.**

**Si es autónomo, proporcione una copia de su declaración de impuestos sobre la renta personal más reciente y un estado de ganancias y pérdidas actual, incluidos todos los cronogramas que correspondan.*

Es muy importante que complete esta solicitud cuando la reciba y la devuelva dentro de los 15 días. Si no proporciona la información solicitada, su solicitud se verá retrasada o rechazada. **La solicitud completa se revisará dentro de los 30 días posteriores a la recepción y usted recibirá un aviso sobre la decisión tomada dentro de los 60 días.** Las copias de la Política de asistencia financiera y del formulario de solicitud se encuentran disponibles en www.integrisandme.com y en el centro de Servicio al Cliente de INTEGRIS Health en **3100 Quail Springs Parkway Suite 101, Oklahoma City, OK 73134** dentro de INTEGRIS Health. También puede obtener copias gratuitas de la Política de asistencia financiera y de la solicitud por correo; para ello, llame al departamento de Servicio al Cliente al 405-252-8400. Si la solicita, también puede obtener información adicional sobre la Política de asistencia financiera en cualquier área de admisión y en Servicio al Cliente en **3100 Quail Springs Parkway Suite 101, Oklahoma City, OK 73134** o por teléfono al 405-252-8400.

Atentamente,

INTEGRIS Health
Departamento de Servicio al Cliente



Solicitud de asistencia benéfica

CENTRO: _____

N.º de cuenta: _____

N.º de garante: _____

Nombre del paciente:

Apellido _____ **Nombre** _____ **Fecha de nacimiento** _____

Dirección: _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Nombre del garante: _____

N.º del Seguro Social: _____

Casado/a _____ Soltero/a _____ Divorciado/a _____ Separado/a _____ Viudo/a _____

¿Tiene hijos menores (de 18 años)? Sí _____ No _____

¿Viven con usted? Sí _____ No _____

¿Son sus hijos biológicos/legalmente adoptados? Sí _____ No _____

Nombre del empleador

Nombre del empleador del cónyuge

N.º de teléfono _____

N.º de teléfono _____

Dirección _____

Dirección _____

Ocupación _____

Ocupación _____

Ingreso (Monto mensual)	Bruto	Neto
Paciente	\$ _____	\$ _____
Cónyuge	\$ _____	\$ _____
Dependientes	\$ _____	\$ _____
Asistencia pública	\$ _____	\$ _____
Cupones para alimentos	\$ _____	\$ _____
Seguro Social	\$ _____	\$ _____
Desempleo	\$ _____	\$ _____
TOTAL	\$ _____	\$ _____

Miembros de la familia	
Hijo: _____	Edad: _____
Hijo: _____	Edad: _____
Hijo: _____	Edad: _____
Hijo: _____	Edad: _____
Hijo: _____	Edad: _____

Proporcione cualquier otra información que considere que nos sería de utilidad para determinar su elegibilidad a fin de recibir asistencia para pagar sus facturas médicas.

*Comprendo que INTEGRIS Health podría verificar la información financiera contenida en esta solicitud en relación con la evaluación de esta solicitud, y por la presente autorizo a INTEGRIS a compartir mi información, según sea necesario, para considerar mi solicitud de asistencia financiera, incluso ponerse en contacto con mi empleador para certificar la información proporcionada y para solicitar un informe de las agencias de informes crediticios. Entiendo que esta información se utilizará para determinar mi elegibilidad para la asistencia benéfica. La información en esta solicitud es verdadera y correcta, a mi mejor saber y entender. Comprendo que cualquier declaración incorrecta, incompleta o falsa podría generar el rechazo de mi solicitud de asistencia financiera. **Acepto notificar a INTEGRIS sobre cualquier cambio que pudiera afectar mi elegibilidad para recibir la asistencia financiera. Esta solicitud debe completarse para su procesamiento; si no está completa, podría devolverse al paciente para que la complete.** Comprendo, además, que cualquier reembolso de los gastos médicos que reciba en relación con esta hospitalización debe enviarse a INTEGRIS.*

Firma de la persona solicitante

Fecha

Firma de la persona solicitante, si no es el paciente

Relación