

Estimado paciente,

Adjunta encontrará la Solicitud del Programa de asistencia financiera de INTEGRIS Health. Completar el formulario nos permitirá considerar la necesidad de asistencia financiera para sus facturas médicas. Las solicitudes deben presentarse nuevamente cada seis meses y deben incluir el ingreso total del hogar y el número total de personas que residen en el hogar.

Para proteger su derecho a la privacidad, todos los documentos recibidos se tratarán como información confidencial y, excepto con fines de verificación, NO se compartirán con nadie fuera de INTEGRIS Health.

Complete todos los puntos del formulario. Si necesita espacio adicional para cualquier explicación, utilice el reverso de la solicitud. Es posible que se pida un informe de crédito para verificar la información proporcionada. **No se aceptarán documentos fotografiados.** Toda la documentación proporcionada pasará a ser propiedad de INTEGRIS Health y no se le podrá devolver.

Copias de todos los puntos enumerados a continuación que son aplicables a usted deben proporcionarse para que se pueda tomar una determinación de asistencia. No se aceptan impuestos preparados por usted mismo.

- Copia completa de la transcripción fiscal del año anterior. *(No incluya formularios W-2 ni talones de pago)*
 - o (Llame al 1-800-908-9946 para obtener su transcripción oficial del IRS).
- Carta de adjudicación del Seguro Social. *(Incluya pruebas de los ingresos del cónyuge, si corresponde).*
- Declaración de discapacidad del médico que incluya una discapacidad permanente con documentación.
- Trabajadores por cuenta propia: Copia de la declaración de impuestos federal sobre la renta personal más reciente y una declaración de pérdidas y ganancias actual, incluidos todos los anexos que correspondan.
- No declarantes: Proporcione la carta de verificación de no declarante del IRS.
- Cualquier otra documentación, según se solicite, para procesar su solicitud.

Es importante que complete esta solicitud una vez recibida y la devuelva en un plazo de 15 días. La solicitud será revisada dentro de los **30** días posteriores a la recepción y se le notificará por carta de una decisión tomada dentro de **60** días.

Si tiene alguna dificultad para completar esta solicitud o tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra oficina al (855) 409-5458 o envíe un correo electrónico a INTEGRISHealthFinancialAssistance@integrisok.com. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Agradecemos su colaboración.

Atentamente,

INTEGRIS Health Business Office

Instalaciones: _____
Cuenta(s): _____
No. de garante: _____

Solicitud de asistencia financiera

Nombre del paciente: Apellido _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ No. de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del garante/cónyuge _____

Fecha de nacimiento del garante: _____ No. de Seguro Social del garante _____

Estado civil: Casado _____ Soltero _____ Divorciado _____ Viudo _____

¿Tiene hijos menores de edad (menores de 18 años)? Sí _____ No _____
¿Viven con usted? Sí _____ No _____
¿Son sus hijos biológicos/adoptados legalmente? Sí _____ No _____

Nombre del empleador

Nombre del empleador del cónyuge

No. de teléfono _____
Dirección _____
Ocupación _____

No. de teléfono _____
Dirección _____
Ocupación _____

Ingreso
(Monto mensual)

Bruto
(Antes de impuestos)

Miembros de la familia
(Nombre, segundo nombre y apellido)

Paciente \$ _____
Cónyuge \$ _____
Dependientes \$ _____
Asistencia pública \$ _____
Seguro Social \$ _____
Desempleo \$ _____
INGRESOS TOTALES \$ _____

Hijo _____ Edad _____
Hijo _____ Edad _____
Hijo _____ Edad _____
Hijo _____ Edad _____
Hijo _____ Edad _____
Hijo _____ Edad _____
Hijo: _____ Edad _____

Proporcione cualquier otra información que considere útil para determinar su elegibilidad para recibir asistencia en el pago de su(s) factura(s) del hospital.

*Entiendo que INTEGRIS Health puede verificar la información financiera contenida en esta solicitud en relación con la evaluación de esta solicitud, y por la presente autorizo a contactar a mi empleador para certificar la información proporcionada y solicitarla a las agencias de informes crediticios. Soy consciente de que esta información se utilizará para determinar mi elegibilidad para asistencia financiera y falsificaciones. La información en esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender. **Esta solicitud debe completarse para determinar la elegibilidad. Las solicitudes incompletas pueden retrasarse o rechazarse.** Además, entiendo que cualquier reembolso de gastos médicos que reciba en relación con esta hospitalización debe enviarse a INTEGRIS.*

Firma de la persona que hace la solicitud

Fecha

Firma de la persona que hace la solicitud, si no es el paciente

Relación