



Solicitud de asistencia financiera patrocinada por el hospital

FAP es un programa de asistencia financiera para pacientes que reciben servicios en Cape Fear Valley Health. La elegibilidad se basa en el tamaño de la familia y los ingresos de los hogares en comparación con las pautas federales de pobreza.

Complete toda la información en su totalidad para evitar retrasos en el procesamiento de su solicitud.

Información del paciente			
Nombre del paciente	4 últimos nros. Seguro Social	Fecha de nacimiento	Nro. de cuenta
		Nro. de teléfono	Nro. de teléfono celular

Información del garante				
Nombre del garante	Relación con el paciente	Número de Seguro Social	Fec. Nac.	Estado civil
Dirección		Ciudad, estado, código postal		
Empleador	Horas por semana	Pago por hora	Nro. de teléfono del trabajo	
Empleador del cónyuge	Horas por semana	Pago por hora	Nro. de teléfono del trabajo	

Nota: Si la dirección donde recibe el correo es diferente de la dirección donde vive, complete la información de la "dirección postal" a continuación

Dirección postal	Ciudad, estado, código postal
------------------	-------------------------------

Información de aseguradora médica					
				<input type="checkbox"/>	Marque la casilla si el paciente no tiene ninguna fuente de cobertura médica
Aseguradora médica	Subscriber	Nro. de póliza	Nro. de grupo	Fecha de vigencia	
¿Un miembro del hogar ha perdido su trabajo en los últimos 60 días?			Sí	No	
¿Él o ella recibió un aviso de elección de COBRA?			Sí	No	
¿Él o ella ha elegido la cobertura COBRA?			Sí	No	
¿Él o ella no ha elegido recibir la cobertura COBRA? ¿Por qué?					
¿Él o ella ha solicitado cobertura de Medicaid?			Sí	No	

Por favor enumere todos los miembros de su hogar			
Nombre	Edad	4 últimos números de Seguro Social	Relación con el paciente

Ingresos mensuales del hogar		
Tipo de ingreso	Ingresos brutos mensuales del garante	Ingresos brutos mensuales del cónyuge
Salarios regulares	\$	\$
Jubilación/Pensión/Seguro Social	\$	\$
Discapacidad	\$	\$
Desempleo	\$	\$
Manutención de hijos/Pensión conyugal	\$	\$

Compensación de los trabajadores	\$	\$
Otro:	\$	\$

Documentación de respaldo				
Tipo de documento	Garante		Cónyuges	
	Provisto	No provisto	Provisto	No provisto
Estado de cuenta bancaria actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Últimos dos talonarios de pago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprobante de cualquier otro ingreso listado arriba (por depósito directo puede usarse estado de cuenta bancaria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copia de la declaración de impuestos más reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Declaración de discapacidad-Si se solicitó o recibe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Declaración de desempleo-Si se solicitó o recibe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Declaración de Seguro Social -Si recibe Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo autónomo - Declaración de impuestos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente fallecido-Acta de defunción e información de patrimonio si aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Las solicitudes no se procesarán si no se presenta toda la información

Declaración de apoyo
Certifico que he estado desempleado por ____ años/____ meses. Como resultado del desempleo, recibo alimentos, albergue y ropa de _____ (relación con solicitante) _____

Reconocimiento de firmas	
Por la presente certifico que la información proporcionada en la solicitud es verdadera, precisa y completa a mi leal saber y entender. Por la presente autorizo al hospital a contactar a cualquier persona, empresa u organización para verificar la información provista y por la presente autorizo a dicha persona, empresa u organización a divulgar cualquier información financiera que pueda solicitar. Soy consciente de que los pagos de garante realizados en las cuentas en las que se aplica la asistencia financiera no se reembolsarán.	
Firma del solicitante	Fecha

A usar únicamente por el Departamento de Servicios de Asistencia Financiera para Pacientes

Fecha recibida:		
Ingresos verificados: S/N		
Monto de la solicitud:		
Estado de la solicitud: Aprobada/Denegada	Si denegada, ¿ por qué?	
Monto ajustado a FA:	Monto adeudado por la parte responsable:	
Firma de la parte que autoriza y fecha:		