

**UMass Memorial - HealthAlliance Hospitals, Inc.
Instrucciones para
ASISTENCIA FINANCIERA**

Instrucciones:

Como parte de su compromiso para servirle, el Sistema UMass Memorial Health Care proporcionara asistencia financiera a los pacientes que no estan cubiertos por la oficina de *Health Safety Net* y que reúnen ciertos requisitos de ingreso.

Para poder determinar si usted califica para recibir asistencia financiera, necesitamos obtener cierta información financiera como se describe en esta solicitud. El no proporcionar esta información resultara en denegación de asistencia.

Por favor complete la Solicitud de Asistencia Financiera y devuelva con las verificaciones de ingresos a un consejero financiero o puede enviar el formulario completado a la siguiente dirección:

HealthAlliance Hospitals, Inc.
Patient Financial Counseling
60 Hospital Road
Leominster, MA 01453

Sección 1: Información del Paciente

En la Sección 1 de la Solicitud de Asistencia Financiera, por favor complete toda la información relacionada con el paciente.

Sección 2: Miembros de la Familia

Sección 2 de la Solicitud de Asistencia Financiera solicita información sobre la(s) persona(s) que viven en la misma casa con el paciente. Esto debe incluir el cónyuge y los dependientes del pacientes. Si el paciente es menor de edad por favor incluya los padres o el tutor legal.

Sección 3: Salario

Sección 3 de la Solicitud de Asistencia Financiera solicita información referente a los salarios. Por favor indique la cantidad de dólares del salario que recibe cada persona. También indique si la cantidad de dólares representa una compensación semanal, quincenal o mensual.

Sección 4: Otro Ingreso

Sección 4 de la Solicitud de Asistencia Financiera solicita información referente a otro ingreso que no sea salario. Por favor indique el miembro de la familia y la clase de

ingreso que cada persona recibe. También indique si la cantidad de dólares representa una compensación semanal, quincenal, mensual o anual.

Como condición de esta solicitud es requerido verificar **TODO INGRESO** según dispone la sección 3 y 4 de esta solicitud. Los siguientes son las formas de verificación aceptables:

- Copia de sus últimos dos talonarios.
- Copia más reciente de su pensión, seguro social, compensación por desempleo o alguna otra declaración de beneficio o cheque.
- Declaración de ganancias y pérdidas de los últimos 3 meses si es dueño de negocio o esta empleado por su cuenta. O la declaración de impuestos de los 6 meses más recientes la cuál indique lo mencionado arriba.
- Una declaración de su empleador que indique su ingreso bruto semanal.
- Copia del decreto judicial o los pagos recibidos en las últimas 2 semanas por pensión alimenticia y / o manutención de los hijos.

Sección: 5 Información de Seguro Médico: Si usted o algún miembro de la familia está actualmente cubierto o tendrá cobertura por un seguro de salud, por favor proporcione la información en esta sección.

Sección: 6 Comentarios/Afidávit de Apoyo: Si usted está desempleado y no recibe ingreso, por favor provea una declaración de apoyo. Esta declaración debe de incluir sus circunstancias actuales.

Para asistencia en completar esta solicitud, por favor comuníquese con:

Consejero De Aplicaciones Certificada

- Teléfono: 978-466-2329
- Correo electrónico externo: financialcounsel@healthalliance.com

Las Horas de oficina son de Lunes A Viernes 8:00 a.m. – 4:00 p.m.