



Formulario de solicitud de asistencia financiera

SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Escriba su nombre completo, la dirección en el momento en que recibió el servicio médico y otra información que se menciona en esta sección.

Número de cuenta _____ Fechas del servicio _____

Nombre del paciente: _____

APELLIDO

NOMBRE

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Dirección: _____ Ciudad: _____ Condado: _____

NÚMERO Y CALLE

Estado de residencia: _____ Código postal: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a

Número de teléfono principal: (____) _____ Particular Móvil Laboral Otro _____

Correo electrónico: _____

Seguro médico al momento de la fecha del servicio: Sin seguro Medicare Medicaid Otro _____

SECCIÓN DOS: INGRESOS Y ACTIVOS FAMILIARES

Proporcione información sobre sus ingresos, los del cónyuge y los de todos los demás miembros de la familia (si corresponde).

Fuente de ingresos	Total de los 3 meses anteriores al servicio	Total de los 12 meses anteriores al servicio
Salarios/trabajo autónomo	\$ _____	\$ _____
Seguro social	\$ _____	\$ _____
Pensión, beneficios, intereses, ingresos por alquileres	\$ _____	\$ _____
Desempleo, indemnización laboral	\$ _____	\$ _____
Manutención infantil (solo si el paciente es el destinatario previsto)	\$ _____	\$ _____
Otro	\$ _____	\$ _____

Patrimonio neto total (activos - deuda) a la fecha de la solicitud: \$ _____

SECCIÓN TRES: INGRESOS E INFORMACIÓN FAMILIAR

Escriba todos los miembros de la familia en el hogar y su fecha de nacimiento.

Proporcione la siguiente información para todos los familiares directos que viven en su hogar. Para el Healthy Communities Access Program (HCAP), la familia se define como el paciente, el cónyuge del paciente y todos los hijos menores de 18 años (naturales o adoptivos) del paciente que viven en el hogar. Si el paciente es menor de 18 años, la familia incluirá al paciente, a los padres naturales o adoptivos del paciente y a los hijos menores de 18 años (naturales o adoptivos) de los padres que viven en el hogar del paciente.

Nombre de los miembros de la familia, incluido el paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el paciente _____

1. Paciente: _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Al firmar a continuación, certifico que toda la información mencionada en esta solicitud y en cualquier archivo adjunto es auténtica.

Firma de la parte responsable: x _____ Fecha: _____

Envíe su solicitud completada a la siguiente dirección: **Select Specialty Hospital – West Tennessee**

225 Grandview Avenue, Camp Hill, PA 17011

(888) 868-1103

Rev. 01/ene/2022

Correo electrónico: IPCS@selectmedical.com

Fax: (717) 980-2509