



**SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA
FINANCIERA PARA PACIENTES**

Select Specialty Hospital - Tucson reconoce que ciertos pacientes pueden necesitar asistencia financiera para pagar los servicios de atención médica. El Programa de Asistencia Financiera para Pacientes ha sido diseñado por el hospital en respuesta a las necesidades de estos pacientes.

Se adjunta la solicitud de asistencia financiera para pacientes para que la complete y nos la entregue de vuelta a más tardar en la fecha que se indica a continuación. La información solicitada en el formulario nos ayudará a determinar si usted califica para recibir asistencia. Llene el formulario de la forma más completa posible y entréguelo de vuelta con copias de los documentos que se marcan a continuación.

- Los formularios W-2 y de impuestos más recientes**
- Los últimos (3) comprobantes de pago de su empleo**
- Carta de asignación del Seguro Social del año en curso**
- Carta de beneficio de compensación por desempleo**
- Copia del/de los estado(s) de su cuenta corriente/de ahorros**
- Recibo de alquiler/estado de cuenta de arrendamiento/hipoteca**
- Alojamiento y comida/carta de apoyo**
- Facturas de servicios públicos**
- Sentencia de divorcio**

Las solicitudes incompletas serán denegadas hasta que sean completadas en su totalidad.

Envíe la solicitud y la documentación de respaldo a:

Select Specialty Hospital – Tucson

225 Grandview Avenue, Camp Hill, PA 17011

Correo electrónico: IPCS@selectmedical.com o por Fax al (717) 980-2509.

Si tiene alguna pregunta sobre la solicitud financiera o los documentos necesarios, comuníquese con la Oficina Administrativa Central llamando al (888) 868-1103.

Oficina Administrativa Central (CBO, por sus siglas en inglés) de Select Specialty Hospital – Tucson

Documento adjunto: Solicitud



**SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA
FINANCIERA PARA PACIENTES**

NOMBRE DEL PACIENTE			SEXO	NÚMERO DE CUENTA DEL PACIENTE		
PRIMER NOMBRE DEL GARANTE	INICIAL	APELLIDO		SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	N.º del SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN O APARTADO POSTAL	CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO
PRIMER NOMBRE DEL CÓNYUGE	INICIAL	APELLIDO		SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	N.º del SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN O APARTADO POSTAL	CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO
NÚMERO DE INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR				EL PACIENTE VIVE EN EL HOGAR	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
NÚMERO DE HIJOS MENORES DE 18 AÑOS EN EL HOGAR				NÚMERO DE HIJOS DEPENDIENTES MAYORES DE 18 AÑOS		
NÚMERO DE HIJOS DEPENDIENTES MAYORES DE 18 AÑOS QUE SON ESTUDIANTES A TIEMPO COMPLETO				NÚMERO DE HIJOS DEPENDIENTES QUE SON DISCAPACITADOS		
CASA	PROPIA	ALQUILADA	TIEMPO QUE HA VIVIDO EN LA DIRECCIÓN ACTUAL			
FUENTES DE INGRESO MENSUAL			CÓNYUGE N.º 1	CÓNYUGE N.º 2	HIJOS	TOTAL
Empleo						
Seguro Social						
Indemnización por accidente laboral						
Desempleo						
Pensión/jubilación/anualidades						
Ayuda para hijos dependientes (ADC), asistencia general (GA), cupones para alimentos						
Otros (ingresos de alquiler, manutención de menores, cónyuge, etc.)						
INGRESO BRUTO TOTAL						
GASTOS MENSUALES						
HOGAR (ALQUILER/HIPOTECA)		AUTOMÓVIL		AUTOMÓVIL		
FACTURA DE LA ELECTRICIDAD		FACTURA DEL GAS		FACTURA DEL AGUA		
FACTURA DEL TELÉFONO		FACTURA DEL SERVICIO DE RECOLECCIÓN DE BASURA		FACTURA DEL CABLE		
FACTURA DE TELEFONÍA MÓVIL		COMPRAS DE ALIMENTOS		OTRO		
CUENTA CORRIENTE	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	MONTO TOTAL EN \$		NOMBRE DEL BANCO	
CUENTA DE AHORROS	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	MONTO TOTAL EN \$		NOMBRE DEL BANCO	

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ PROPORCIONADA ES, A MI LEAL SABER Y ENTENDER, COMPLETA Y EXACTA. ENTIENDO QUE LA FALSIFICACIÓN DELIBERADA PUEDE SER MOTIVO DE DENEGACIÓN DE LA CONSIDERACIÓN. POR LA PRESENTE AUTORIZO AL HOSPITAL A REALIZAR CUALQUIER CONSULTA NECESARIA PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA Y A OBTENER CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL REQUERIDA POR EL CENTRO.

FIRMA DEL GARANTE	FECHA
FIRMA DEL CÓNYUGE	FECHA

- RELACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR: sentencia de divorcio o copia del certificado de defunción
- ACTIVOS: estados de cuenta bancarios o de cooperativas de crédito de los últimos tres (3) meses
- Los formularios W-2 y de impuestos más recientes
- INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR: los últimos (3) comprobantes de pago/estado de cuenta del empleador que indiquen los salarios brutos, carta de asignación del Seguro Social del año en curso o carta de beneficios de compensación por desempleo.