

Facility: _____

Patient Number: _____

Anexo C
Solicitud de Asistencia Financiera de Salud de Main Line

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Dirección: _____
Número y calle Ciudad Estado ZIP País

SSN # (Últimos cuatro dígitos): _____ Fecha(s) de servicio: _____

Por la presente certifico que no tengo la capacidad de pagar el tratamiento hospitalario y/o otros servicios, incluyendo pero no limitado a Laboratorio, Radiología, etc., en la fecha indicada anteriormente.

Entiendo que al firmar este documento solicito Asistencia Financiera. Proporcionaré rápidamente la información necesaria para tramitar mi solicitud. Además, solicitaré cualquier ayuda (Medicaid, Medicare, seguro, etc.) que pueda estar disponible para el pago de mis gastos hospitalarios. Proporcionaré información y tomaré las medidas razonablemente necesarias para obtener dicha asistencia y asignaré o pagaré al hospital la cantidad recuperada de los gastos hospitalarios.

Si alguna de las informaciones que he dado resulta ser falsa, entiendo que el hospital podría reevaluar mi situación financiera y que pueda ser responsable de los gastos hospitalarios.

Si alguna de las informaciones que he dado resulta ser falsa, entiendo que el hospital podría reevaluar mi situación financiera y que pueda ser responsable de los gastos hospitalarios.

Fecha límite de empleo: _____

Empleador: _____
Nombre Dirección

Tamaño de la familia: _____

Ingresos anuales estimados: _____

Ingresos estimados de los últimos 3 meses: _____

Por favor, incluye la verificación de ingresos. Documentación que incluye:

- Declaración de impuestos del Formulario 1040 del IRS del año actual
 - Incluye los anexos/formularios apropiados (por ejemplo, el Formulario 1099 con el Anexo C - Pérdidas y Ganancias) si procede
- Si la declaración de impuestos del IRS del año actual no está disponible, por favor contacte con el equipo de atención al cliente de MLH para discutir sus circunstancias específicas.

Certifico que la información anterior es cierta y precisa según mi mejor conocimiento.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

***Por favor, envíe la solicitud completada a la dirección siguiente
(Por favor, tenga en cuenta: la solicitud no puede dejarse físicamente en esta dirección)***

Main Line Health - 3803 West Chester Pike, Suite 160, Newtown Square, PA 19073

Las solicitudes también pueden enviarse por fax al 484-227-9005 O entregarse directamente en una de nuestras oficinas de Asesoramiento Financiero o Cajeros ubicadas en cualquiera de nuestros hospitales.

Si tiene preguntas, por favor contacte con el equipo de atención al cliente de MLH en: 484-337-1970. Si se dirige a un representante de Asistencia Financiera, por favor permita un máximo de tres (3) días laborables para una llamada de retorno.