Dignity Health
Arizona Specialty Hospital

Solicitud de asistencia financiera

Número(s) de cuenta del paciente

Lista de hospital(es) donde ha recibido tratamiento

Apellido del paciente

Nombre del paciente

N° de seguro social del paciente

Fecha de nacim. del paciente

Apellido del garante (si difiere)

Nombre

N° de seguro social del garante

Fecha de nacimiento

Dirección particular del garante

Número de teléfono particular

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del empleador del garante

Puesto/Departamento del garante

Dirección del empleador del garante

Teléfono del empleador del garante

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del empleador del cónyuge

Puesto/Departamento del cónyuge

Dirección del empleador del cónyuge

Teléfono del empleador del cónyuge

Ciudad

Estado

Código postal

Personas en el hogar (incluido el solicitante)

Nombre	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Empleador	Ingreso anual
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Dignity Health.
Arizona Specialty Hospital

Solicitud de asistencia financiera de Arizona Specialty Hospital (continuación)

A fin de determinar quién verdaderamente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, primero debemos solicitar el envío de la información que aparece a continuación para demostrar la dificultad financiera. Rellene la solicitud y devuélvala con todo los siguientes elementos enumerados a continuación. Si no puede entregar alguno de los documentos o si existen factores adicionales que puedan influir el proceso de evaluación, envíe una declaración por escrito que explique su situación.
Documentación necesaria:

1. Prueba de identidad; **una** de las siguientes:

- Copia de la tarjeta del seguro social.
- Copia de la licencia de conducir emitida por el estado.
- Copia de otra identificación con foto.

2. Verificación de la dirección actual; **una** de las siguientes:

- Recibo de alquiler.
- Factura de servicio.

3. Negación de elegibilidad para los programas Medi-Cal o Medicaid en el estado de residencia.

4. Prueba de ingresos de todos los miembros de la familia* en los 12 meses previos a la fecha en la cual se le brindaron servicios de DignityHealth. Esto podría incluir el impuesto sobre la renta actual o comprobantes de pago del mismo período. Si es autónomo, incluya el anexo“C” de la declaración de impuestos. Si estos no están disponibles, incluya una explicación en una hoja separada donde se exponga su situación financiera de los últimos tres meses y entréguela junto con este formulario.

*La familia del paciente incluye:

a) En el caso de personas de 18 o más años de edad, un cónyuge, pareja de hecho, tal como lo define la Sección 297 del Código de Familia ylos niños dependientes menores de 21 años de edad, vivan o no en la casa.
b) En el caso de personas menores de 18 años, un padre, familiares encargados del cuidado y otros hijos menores de 21 años del padre o delfamiliar encargado del cuidado.

Cuando hayamos completado la revisión inicial de los documentos presentados, es posible que se requieran lo siguiente para determinar la calificación:
Prueba de los bienes monetarios; **todas** las siguientes:

- Estado de cuenta de la cuenta corriente, últimos tres meses.
- Estado de cuenta de la cuenta de ahorro, últimos tres meses.
- Acciones, bonos y cuentas a plazo fijo.

Al firmar a continuación acepta ser considerado para recibir asistencia de pago. Además, certifica que todas las declaraciones realizadas en esta solicitud son ciertas y completas a su leal saber y entender. Si se determinara que la información que brindó no está completa o es falsa, es posible que todo descuento realizado a su factura se revierta y es posible que deba realizar el pago completo. Al firmar a continuación, autoriza a Dignity Health a controlar las referencias y el historial crediticio a fin de evaluar esta solicitud para considerar la asistencia financiera.

Si recibe un pago de una compañía de seguros, de un plan de compensación de trabajadores, o cualquier otro tercero, usted acepta notificar al hospital sobre dicho pago. El hospital mantiene su derecho de cobrar los cargos facturados completos originales si un tercero le

_____ _____
Firma del responsable del pago (garante) Fecha

Enviar la solicitud completa a:
Arizona Specialty Hospital
Attn: Business Office
2905 W. Warner Rd Suite 1
Chandler, AZ 85224