



USA Health System

Post Office Box 400 10
Mobile, AL 36640
(251) 434-3505

**SOLICITUD DE
ASISTENCIA**

FINANCIERA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ NSS: _____

Número(s) de cuenta(s) del USA: _____

Fecha de nacimiento: _____ Empleador: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado/C.P.: _____

Teléfono hogar: _____ Teléfono celular: _____

Estado civil: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE/AVAL (Si es diferente a la información anterior)

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado/C.P.: _____

Fecha de nacimiento: _____ Empleador: _____

Teléfono hogar: _____ Teléfono celular: _____

Estado civil: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE/AVAL

Número de integrantes de la familia (utilice una hoja por separado de ser necesario): _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ RELACIÓN: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ RELACIÓN: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ RELACIÓN: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ RELACIÓN: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ RELACIÓN: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ RELACIÓN: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ RELACIÓN: _____

INGRESO FAMILIAR

Últimos 12 meses

Últimos 3 meses

ingreso familiar bruto: _____

FUENTES DE TODO EL INGRESO FAMILIAR:

Empleo: _____ Desempleo: _____ Pensión infantil: _____

SSI/SSD: _____ Otro (por favor especifique): _____

Certifico que la información aquí listada es verdadera y precisa, de acuerdo con mi conocimiento. Además, haré la solicitud para cualquier asistencia (Medicaid, Medicare, seguro, etc.) que pueda estar disponible para pagar mis cargos de hospitales. Tomaré cualquier acción razonablemente necesaria para obtener asistencia y asignaré o pagaré al hospital el monto recuperado para cargos de hospital.

Comprendo que esta solicitud está hecha para que el hospital pueda juzgar mi elegibilidad de asistencia financiera. Los hospitales de la USA se reservan el derecho de verificar cualquier información con los burós de crédito y cualquier otra persona o acreedores que consideren apropiados para verificar la información que se les ha proporcionado. Si la información que he proporcionado resulta no ser verdadera, comprendo que el hospital debe reevaluar mi estatus financiera y tomar cualquier acción que considere apropiada.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

NO ESCRIBA ABAJO DE ESTA LÍNEA: SOLO PARA USO OFICIAL

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

El paciente califica: Sí _____ No _____

La petición de asistencia financiera del solicitante se ha rechazado por las siguientes razones:

Fecha de determinación de elegibilidad: _____ Fecha de notificación al solicitante: _____

Firma del representante del hospital: _____