

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Gracias por darnos la oportunidad de atender sus necesidades de atención médica y por expresar interés en nuestro Programa de Asistencia Financiera.

Complete esta solicitud y envíela *junto con toda la documentación complementaria requerida* dentro de los 15 días para evitar una posible denegación de su solicitud. La información que proporcione se mantendrá en estricta confidencialidad y no se utilizará para ningún fin que no sea el de evaluar su necesidad de asistencia financiera. No compartiremos esta información con ninguna persona u organización fuera de OakBend Medical Center, excepto con el fin de evaluar su necesidad de asistencia financiera.

Proporcione la siguiente información de manera completa y precisa. La información está sujeta a verificación. Adjunte una lista de miembros familiares directos adicionales si hay más de cinco (5) miembros.

Nombre del paciente (nombre, segundo nombre, apellido)	N.º del Seguro Social	N.º total de miembros familiares
Dirección	Fecha de nacimiento	Teléfono residencial/móvil
Ciudad/Estado/Código postal		Teléfono del trabajo
Nombre del garante	Cuenta n.º	

Los dependientes pueden vivir fuera de su residencia principal si están declarados en su declaración de impuestos o la de su cónyuge.

Indique los nombres de TODOS los miembros familiares	Fecha de nacimiento	N.º del Seguro Social	Relación con el paciente	Seguro
1		- -		Sí/No
2		- -		Sí/No
3		- -		Sí/No
4		- -		Sí/No
5		- -		Sí/No

Ingreso mensual			
Ingreso mensual bruto (GMI)			
Fuente:	USD		
Fuente:	USD		
Fuente:	USD		
Fuente:	USD		
Fuente:	USD		
Total	USD _____		
Gastos médicos		Activos	
Facturas médicas/de salud:		Banco:	USD
Entidad de facturación:	USD	Banco:	USD
Entidad de facturación:	USD	Otro:	USD
Entidad de facturación:	USD	Total	USD
Entidad de facturación:	USD		
Entidad de facturación:	USD	Deudas no médicas:	
Entidad de facturación:	USD	Ítem 1:	USD
Entidad de facturación:	USD	Ítem 2:	USD
Total	USD _____	Ítem 3:	USD
		Total	USD

CERTIFICO que la información que proporcioné es una declaración verdadera y precisa del tamaño de mi familia y del

ingreso familiar. Entiendo que cualquier tergiversación de esta información dará como resultado la denegación de la asistencia financiera.

Autorizo a OakBend a acceder a fuentes de información adicionales para verificar mi calificación para recibir asistencia.

Firma del paciente/solicitante _____ Fecha _____ Firma

del cónyuge (si es cosolicitante) _____ Fecha _____

Gracias por su solicitud y por la oportunidad que nos ha brindado para atender sus necesidades de atención médica. Envíe su solicitud completa y toda la documentación de respaldo a: Número de fax: 281-341-4827, correo electrónico: finassistanceprogram@obmc.org o a la dirección de correo de EE. UU.: A la atención de: Patient Access – Financial Assistance, 1705 Jackson Street, Richmond, TX 77469. Llame al 281-633-4074 si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con esta solicitud.

N.º 166706