

## Instrucciones para solicitud de ayuda financiera

Por el presente solicito el Programa de ayuda financiera de Ellis Medicine. Entiendo que debo cumplir con los siguientes requisitos y que el incumplimiento de alguno o todos los requisitos dará lugar a la denegación de mi solicitud de Ayuda Financiera. Toda declaración falsa dará lugar a la denegación de esta y toda solicitud futura. Si usted tiene un seguro de salud, debe presentárnoslo para fines de facturación.

Aquellos pacientes que puedan calificar para un programa gubernamental (Medicaid u otro programa gubernamental) serán remitidos al programa correspondiente para llenar una solicitud. Ellis Medicine tiene Asesores Financieros que pueden ayudar en este proceso.

ENTIENDO QUE DEBO:

1. Ser residente legal del estado de Nueva York.
2. Presentar un comprobante de todos los "**Ingresos del hogar**" declarados (incluye todos los ingresos de todas las personas que vivan en la misma residencia), así como también aquellos enumerados en la solicitud como familia. La documentación de ingresos es necesaria para decidir el procesamiento de esta solicitud; en caso de no recibirla, el proceso se demorará cerca de treinta días; si aún no la recibimos, deberemos cancelar/rechazar su solicitud.

### **Verificación aceptable de ingresos:**

- ❖ **Talones de pago mensual más actuales\* Preferentemente los últimos cuatro consecutivos**
- ❖ **Formularios de impuestos federales por ingresos actuales**
- ❖ **Toda documentación oficial que demuestre claramente la propia situación financiera, es decir, cheque de pensión, cheque del Seguro Social o beneficios por desempleo**
- ❖ **Si usted es un trabajador autónomo, debe incluir su formulario de Pérdidas y Ganancias, Anexos C, K o F como comprobante de ingresos.**

**Tenga en cuenta que debe incluir una identificación con fotografía, una copia de la credencial del seguro (si corresponde) y un comprobante de residencia permanente (es decir, como una factura o una factura por servicios).**

3. Presentar todos los pagos de seguro a mi nombre efectuados por cualquier compañía de seguros como resultado de la emisión de facturas por las que estoy haciendo esta solicitud. Entiendo que el porcentaje de descuento que reciba será por los saldos pendientes de pago después de haberse aplicado todas las demás fuentes de pago.
4. La elegibilidad para recibir ayuda financiera de toda persona que resida con sus padres (y debe declarar sus impuestos como persona a cargo) se determinará al incluir los ingresos de sus padres.

La Ayuda Financiera cubre la obligación financiera del paciente después de haberse aplicado TODOS los pagos y ajustes de las aseguradoras o aquellos realizados por mi persona. **Todas las solicitudes de ayuda financiera aprobadas tendrán vigencia durante doce meses.**

**Tenga en cuenta:** Al presentar una Solicitud de asistencia financiera completa para determinar la elegibilidad, puede ignorar cualquier factura / estado de cuenta hasta que Ellis Medicine haya tomado una decisión sobre su solicitud.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

DEVOLVER ANTES DEL: \_\_\_\_\_

**(Para uso oficial solamente)**

Recibido por: \_\_\_\_\_

Fecha de presentación a la oficina de facturación: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción de Servicios Financieros al Paciente (PFS, por sus siglas en inglés): \_\_\_\_\_

**\*\*La solicitud debe devolverse con la documentación requerida dentro de los treinta días siguientes a la fecha de esta solicitud.**

**SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA DE  
ELLIS MEDICINE**

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/PACIENTE**

<i>Nombre:</i>		
<i>Fecha de nacimiento:</i>	<i>N.º de Seguro Social:</i>	<i>Teléfono:</i>
<i>Domicilio actual:</i>		
<i>Ciudad:</i>	<i>Estado:</i>	<i>Código postal:</i>
<i>Aseguradora: Nombre:</i>	<i>N.º de identificación de la póliza:</i>	<i>N.º de grupo:</i>
<i>Nombre de la aseguradora dental:</i>	<i>Nombre del titular de la póliza:</i>	<i>N.º de grupo:</i>

**PACIENTE(S) QUE LA SOLICITAN (SE PUEDE INCLUIR AL CÓNYUGE Y LOS HIJOS)  
PERSONA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_  
(PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO DE ESTA FACTURA)**

**Información de los miembros del hogar**

<i>Nombre:</i>		
<i>Fecha de nacimiento:</i>	<i>N.º de Seguro Social:</i>	<i>Teléfono:</i>
<i>Domicilio actual:</i>		
<i>Ciudad:</i>	<i>Estado:</i>	<i>Código postal:</i>
<i>Aseguradora: Nombre:</i>	<i>N.º de identificación de la póliza:</i>	<i>N.º de grupo:</i>
<i>Nombre de la aseguradora dental:</i>	<i>Nombre del titular de la póliza:</i>	<i>N.º de grupo:</i>

**Información de los miembros del hogar**

<i>Nombre:</i>		
<i>Fecha de nacimiento:</i>	<i>N.º de Seguro Social:</i>	<i>Teléfono:</i>
<i>Domicilio actual:</i>		
<i>Ciudad:</i>	<i>Estado:</i>	<i>Código postal:</i>
<i>Aseguradora: Nombre:</i>	<i>N.º de identificación de la póliza:</i>	<i>N.º de grupo:</i>
<i>Nombre de la aseguradora dental:</i>	<i>Nombre del titular de la póliza:</i>	<i>N.º de grupo:</i>

**Información de los miembros del hogar**

<i>Nombre:</i>		
<i>Fecha de nacimiento:</i>	<i>N.º de Seguro Social:</i>	<i>Teléfono:</i>
<i>Domicilio actual:</i>		
<i>Ciudad:</i>	<i>Estado:</i>	<i>Código postal:</i>
<i>Aseguradora: Nombre:</i>	<i>N.º de identificación de la póliza:</i>	<i>N.º de grupo:</i>
<i>Nombre de la aseguradora dental:</i>	<i>Nombre del titular de la póliza:</i>	<i>N.º de grupo:</i>

## INGRESOS DEL HOGAR

Son los ingresos brutos combinados de todos los miembros del hogar de 18 años de edad o más. No es necesario que las personas estén relacionadas por consanguinidad para ser miembros del mismo hogar.

### Adjunte documentación de referencia de todos los ingresos registrados

	Paciente	Cónyuge	Otro miembro del hogar	Otro miembro del hogar
<input type="checkbox"/> Ingresos (salario)				
<input type="checkbox"/> Seguro Social/pensión				
<input type="checkbox"/> Asistencia pública				
<input type="checkbox"/> Indemnización laboral				
<input type="checkbox"/> Manutención de menores				
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia				
<input type="checkbox"/> Asignaciones familiares militares				
<input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo				
<input type="checkbox"/> Otras fuentes de ingresos				
Ingreso mensual bruto	\$	\$	\$	\$

Certifico que todos los puntos enumerados en esta solicitud son veraces y correctos.

\_\_\_\_\_

**Firma del solicitante**

\_\_\_\_\_

**Fecha**

Si se determina que la documentación utilizada para comprobar la elegibilidad es fraudulenta, entonces toda ayuda financiera que haya sido aprobada será revocada, y se procederá con todas las gestiones normales de cobro.

**El Programa de Ayuda Financiera no acepta solicitudes de ningún tratamiento cosmético, algunos tratamientos bariátricos y servicios odontológicos selectos (que incluye, entre otros, prótesis dentales, revestimientos para dentaduras, ajustes de dentaduras después de seis meses de la fecha de entrega, coronas, dientes pilares, implantes, tratamientos de conducto, pernos y muñones, procedimientos cosméticos y protectores oclusales/nocturnos). Este programa tampoco cubre los servicios que no sean médicamente necesarios, ni los ingresos a nuestro centro de enfermería especializada. Tampoco cubrimos Schenectady Anesthesia, Schenectady Radiology ni servicios de ambulancia. Tenga en cuenta también que las tarifas asociadas con la no presentación a citas no se ajustará si se aprueba la ayuda financiera.**

**Complete la solicitud adjunta y envíela a:**

**Ellis Medicine (PFS)  
1101 Nott Street (Mail Code 1935)  
Schenectady, Nueva York 12308**

**Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar a: 518 831-8123**

**Nota: La solicitud debe devolverse con la documentación requerida dentro de los treinta días siguientes a la fecha de esta solicitud.**