

## **ASISTENCIA FINANCIERA, POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRANZA. ANEXO A: LISTA DE DOCUMENTOS APROBADOS**

Revisaremos y consideraremos los ingresos financieros del hogar para posibles servicios con descuento. Los requisitos para recibir asistencia financiera dependen de una serie de elementos que incluyen, entre otros, el empleo, el nivel de ingresos y la cantidad de dependientes que el solicitante tenga. Para solicitar la asistencia, debe proporcionar ciertos documentos de cada categoría de la lista a continuación. Para obtener más información, visite nuestro sitio web [www.ejghc.org/patients-visitors/bills-payments](http://www.ejghc.org/patients-visitors/bills-payments)

### **Formas de identificación aceptables (debe traer 1)**

- Licencia de conducir válida
- Documento de identidad válido
- Credencial de la instalación de LCMC con foto
- Documento de residente extranjero (Formulario I-551)
- Tarjeta verde de residente extranjero (Formulario I-688) Pasaporte válido
- Tarjeta de identificación militar

### **Formas aceptables de demostrar residencia**

- Licencia de conducir de Louisiana válida
- Documento de identidad de Louisiana válido
- Una factura de servicios públicos actual que muestre el nombre y la dirección o recibo de servicios públicos que muestre el nombre y la dirección
- Carta de elegibilidad actual de Medicaid, GNOCHC o Take Charge
- Carta de adjudicación, verificación o copia impresa del seguro social
- Registros escolares actuales que corroboren la dirección
- Declaración de facturación actual o correo electrónico de negocios del Estado, parroquia o ciudad
- Contrato de alquiler vigente, o carta de verificación con el membrete adecuado que indique la dirección
- Tarjeta de registro de votante
- Registro de vehículo

### **Elementos de verificación de dependientes aceptables (incluye el cónyuge como dependiente)**

- Carta de elegibilidad actual de Medicaid
- Tarjeta del seguro social
- Certificado de nacimiento
- Declaración de impuestos sobre la renta del año anterior
- Registros de custodia o documentos de tutela legal
- Registros escolares
- Cualquier documento aceptable que muestre la relación entre el padre (tutor) y el niño

## **Formas aceptables de verificación de ingresos**

- Talones de pago de treinta días consecutivos o un mes
- Ingresos por intereses, dividendos y fideicomisos si se proporciona el documento que demuestre el monto de ingresos brutos
- Talones de cheques de ingresos de retiro actuales
- Carta de otorgamiento del seguro social actual para los cónyuges e hijos Carta actual del empleador (solo si se le paga en efectivo)
- Carta actual de otorgamiento de la Administración de Veteranos
- Declaración actual de pensión alimenticia o decreto de divorcio
- Comprobante actual de depósito directo de ingresos fijos al proporcionar documentos con el importe de ingresos brutos
- Formulario de declaración de impuestos sobre la renta 1040 del año anterior del trabajador autónomo actual con todos los archivos adjuntos (Copia verificada de la transcripción del IRS)
- Carta de apoyo actual si está desempleado o no tiene fuente de ingresos y vive con un pariente o amigo
- Extracto bancario actual si vive de ahorros y ninguna otra fuente de ingresos proporcionando los extractos bancarios más recientes
- Pensión alimenticia o ingresos por manutención conyugal

## **Información de recursos o activos (además de los documentos anteriores)**

- Impuesto sobre la renta más reciente (para los trabajadores por cuenta propia, vea debajo\*) Si no presentó una declaración de impuestos sobre la renta para el año más reciente, será necesario obtener una declaración del IRS a través del mismo método que la transcripción del IRS para confirmar.
- Estados de pérdidas y ganancias más actuales (al menos 2 cuartos) para dueños de negocios
- Impuesto sobre la renta más reciente de las empresas si el solicitante posee más del 5 % de la sociedad o corporación
- Estados de cuenta más recientes para cada cuenta de cheques, cuenta de ahorros, cuentas de fondos mutuos o del mercado monetario, cuentas IRA, cuentas de certificado de depósito (Certificate of Deposit, CD), y cualquier otra cuenta de seguridad o cuenta de inversión
- Declaraciones de acciones, bonos, etcétera más recientes.
- Documentos de tasación parroquial para todos los bienes reales sin incluir la vivienda. Documentos financieros con montos de préstamo o hipoteca para determinar el valor del capital
- Toda la información sobre vehículos de motor, incluidos automóviles, camiones, vehículos recreativos, motocicletas, barcos, vehículos todoterreno y aviones que están en su hogar

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

### SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Imprima su nombre completo, su dirección en el momento en que recibió el servicio médico y otra información indicada en esta sección.

Número de cuenta \_\_\_\_\_ Fecha(s) de servicio \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Parroquia: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Número de teléfono fijo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado      ¿Es un residente legal de los Estados Unidos?  Sí  No

¿Tenía seguro de salud (aparte de Medicaid) en el momento del servicio? En caso afirmativo, proporcione su información de seguro y una copia de su tarjeta de seguro.  Sí  No

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigor del seguro: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Número de identificación del suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN DOS: INGRESOS FAMILIARES

Proporcione sus ingresos, de su cónyuge y de todos los demás miembros de la familia (si corresponde).

Fuente de ingresos mensuales	Monto actual del ingreso bruto mensual		Ingreso familiar total durante 3 meses antes de la fecha del servicio	Tipo de verificación de ingresos adjunta: se solicita un comprobante de ingresos para procesar su solicitud
	Paciente	Cónyuge u otro		
Salarios o trabajo autónomo, pensión alimenticia y manutención conyugal	\$	\$	\$	Copia de los talones de pago o cartas de adjudicación de ingresos más recientes (durante los tres meses previos)
Seguro social	\$	\$	\$	Carta de adjudicación del seguro social
Pensión, dividendos, intereses, ingresos de renta	\$	\$	\$	Carta de beneficios de pensión, declaración de dividendos o intereses
Subsidio de desempleo, compensación para trabajadores	\$	\$	\$	Carta de beneficios de desempleo, carta de beneficios de compensación para trabajadores

**NOTA:** Si informó ingresos de \$0, proporcione una breve explicación de cómo usted (o el paciente) están satisfaciendo las necesidades básicas:

---

---

---

(Debe proporcionar una declaración de apoyo).

### SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN FAMILIAR

Haga una lista de todos los miembros de su familia nombrados en la declaración de impuestos federales más reciente y sus fechas de nacimiento.

Proporcione la siguiente información para todas las personas de su familia inmediata que viven en su hogar. A los efectos de esta política, la familia se define como el paciente, el cónyuge del paciente y todos los hijos del paciente menores de 18 años (biológicos o adoptivos) que viven en el hogar del paciente. Si el paciente es menor de 18 años, la familia incluirá al paciente, a los padres biológicos o adoptivos del paciente y a los hijos menores de 18 años (biológicos o adoptivos) que vivan en el domicilio del paciente.

Nombre de los miembros de la familia, incluido el paciente	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

**Mi firma a continuación certifica que todo lo que he declarado en esta solicitud y en cualquier archivo adjunto es verdadero.**

Firma de la parte responsable \_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_

Devuelva su solicitud completa a:

**East Jefferson General Hospital**  
Attn: Gerente, asistencia financiera  
4200 Houma Blvd.  
Metairie, LA 70006

Se encuentran disponibles copias de nuestra Política de asistencia financiera, el formulario de solicitud y el resumen en inglés, español y vietnamita.

## DECLARACIÓN DE APOYO Y VERIFICACIÓN DE TERCEROS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

MRN #: \_\_\_\_\_

### CLÁUSULA DE PENALIZACIÓN, DECLARACIÓN DE CONFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Certifico que la información proporcionada para completar esta solicitud es verdadera. Asimismo, entiendo que de acuerdo con el Estatuto Estatal de Louisiana de 1924, proporcionar información falsa puede considerarse "Fraude de atención médica" en un intento de defraudar a un hospital con el propósito de obtener bienes y servicios, incluidos elementos de farmacia, es un delito grave.

#### APOYO FINANCIERO

Yo, \_\_\_\_\_, proporcioné \$ \_\_\_\_\_ el mes pasado al paciente al que se menciona a continuación.

#### APOYO DE TERCEROS EN LAS DISPOSICIONES DE VIVIENDA

Yo, \_\_\_\_\_ (patrocinador), proporciono alojamiento y comida y otro tipo de apoyo para el paciente que se menciona a continuación. La persona no me paga renta. Debo proporcionar un comprobante de domicilio para propósito de verificación. Le proporciono al paciente una cuenta de gastos corrientes u otro documento del hogar para que él o ella demuestre mi dirección actual.

#### PAGOS DE TERCEROS a las cuentas de crédito del paciente

Yo, \_\_\_\_\_ (parte responsable), certifico que soy la persona responsable de realizar los pagos en relación con los siguientes gastos que están a nombre del paciente mencionado. Entiendo que debo proporcionar comprobantes de los pagos. Envíe un comprobante documentado con el paciente a su evaluación financiera. (Proporcione información adicional en una hoja separada).

Nombre del gasto: \_\_\_\_\_ Importe: \_\_\_\_\_

Nombre del gasto: \_\_\_\_\_ Importe: \_\_\_\_\_

Nombre del gasto: \_\_\_\_\_ Importe: \_\_\_\_\_

Tipo de préstamo de referencia o número de préstamo: \_\_\_\_\_

**\*Se necesita una firma si el tercero no está presente en el momento de la evaluación financiera**

Firma del paciente o del representante

Nombre del paciente o del representante

Fecha

\*Firma del tercero responsable

Nombre del tercero responsable

Fecha

East Jefferson General Hospital

Firma del representante

East Jefferson General Hospital

Nombre del representante en letra imprenta

Fecha de recepción del formulario