

Ingreso familiar mensual: Indique el ingreso mensual propio y el de otros miembros de la familia. Además, adjunte copias de su formulario 1040 del IRS y otros documentos comprobantes de ingresos (consulte la lista de documentación).

	Propio	Cónyuge y otros miembros de la familia		Propio	Cónyuge y otros miembros de la familia
Salario/autónomo	\$	\$	Desempleo	\$	\$
Seguridad Social	\$	\$	Indemnización por accidente laboral	\$	\$
Ingresos por pensión o jubilación	\$	\$	Manutención y pensión alimenticia	\$	\$
Dividendos e intereses	\$	\$	Otros ingresos	\$	\$
Rentas y regalías	\$	\$	Ingreso familiar mensual total	\$	\$

Recursos familiares disponibles: Adjunte copias de los resúmenes familiares del último mes a esta solicitud.

¿Usted u otros miembros de la familia tienen una cuenta bancaria? Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, debe adjuntar el resumen mensual más reciente.

Marque los tipos de cuenta que tienen:

Corriente De ahorros Mercados monetarios Certificados de depósito (CD)

Cuentas de ahorros para la salud (HSA, FSA, MSA, HRA)

¿Tienen acciones, bonos u otras inversiones? Sí No

¿Adjuntó copias de los resúmenes bancarios más recientes de cuentas corrientes y de ahorros?

¿Adjuntó copias de otros resúmenes (mercado monetario, CD, acciones, bonos, todas las cuentas de ahorros para la salud)?

Brinde información sobre su posesión de bienes inmuebles (casas, propiedades) y vehículos. Escriba cero para los artículos que no posee.

Valor de los bienes inmuebles: \$	Saldo de la hipoteca: \$	Pago mensual: \$
Otras propiedades: \$	Saldo de la hipoteca: \$	Pago mensual: \$
Vehículo de motor: D Posee D Alquila (marque uno)		
Marca:	Modelo:	Año:
Vehículo de motor: D Posee D Alquila (marque uno)		
Marca:	Modelo:	Año:

Gastos familiares y médicos mensuales: Brinde información sobre las facturas que paga todos los meses.

Hipoteca/alquiler: \$	Servicios: \$	Impuestos sobre bienes inmuebles: \$
Facturas médicas (adjunte todas las facturas médicas): \$	Recetas: \$	Comida: \$
Otras facturas, describa: \$		

Descargo de responsabilidad: Entiendo que la información que brindo se utilizará solo para determinar la responsabilidad económica de mis costos en Jefferson University Hospitals (no incluye servicios de médicos) y se mantendrá confidencial. Entiendo que no se me devolverán los materiales que envío para comprobar mis ingresos y activos. Además, entiendo que la información que envío sobre mi ingreso familiar anual y el tamaño familiar está sujeta a verificación por parte de Jefferson University Hospitals. Entiendo que se requiere mi completa colaboración con el proceso de solicitud de ayuda médica y el proceso de solicitud de ayuda económica de Jefferson University Hospitals para que se me pueda considerar para los beneficios de este programa. Entiendo que seré económicamente responsable de los costos de los servicios médicos no cubiertos por la atención de caridad. Entiendo que si se determina que la información que he brindado es falsa, se puede revertir la aprobación de la atención de caridad y seré responsable del monto total de todos los costos.

Mi firma autoriza a Jefferson University Hospitals a verificar toda la información brindada en este formulario. Certifico que la información anterior es verdadera y exacta a mi leal saber.

Firma: X	Relación con el paciente:	Fecha:
--------------------	---------------------------	--------

¿Con quién puedo comunicarme si tengo alguna pregunta o necesito ayuda para completar una solicitud?
 Asesores financieros: 215-503-4489 o 215-503-1178. Ubicado en Admisiones en el Gibbon Building en 10th Street entre Chestnut y Sansom Street
 Departamento de Atención de Caridad: 215-955-3815



Información sobre la solicitud de ayuda económica

Jefferson University Hospitals ofrece ayuda económica para la atención médica a los individuos y familias elegibles. Según su necesidad económica, puede obtener pagos reducidos o atención de caridad.

Puede ser elegible para la ayuda económica si:

- No tiene seguro o tiene seguro limitado.
- No es elegible para la ayuda del Gobierno (por ejemplo, Medicaid).
- Puede demostrar que tiene necesidades económicas.
- Es residente de Pensilvania, Nueva Jersey o Delaware.
- Brinda a Jefferson la información necesaria sobre su economía familiar.

Sobre el proceso de solicitud

El proceso para solicitar el programa de atención de caridad de Jefferson University Hospitals incluye los siguientes pasos:

- Complete el formulario de solicitud de ayuda económica que se encuentra en este paquete.
 - ❖ Incluya los documentos de respaldo enumerados en la lista.
 - ❖ Revisamos sus ingresos, activos (por ejemplo, cuentas bancarias, acciones, bonos y otras inversiones) y el tamaño familiar para determinar el nivel de ayuda disponible para usted. Utilizamos una escala variable basada en las pautas de pobreza federales.
 - ❖ Tenga en cuenta que primero debe analizar si es elegible para algún tipo de beneficios de seguro que cubran su atención (por ejemplo, indemnización por accidente laboral, seguro del automóvil y ayuda médica). Podemos ayudarlo a encontrar los recursos adecuados.
- Nos comunicaremos con usted para informarle si es elegible para el programa de atención de caridad de Jefferson.
- Podemos arreglar un plan de pago para los costos o facturas restantes que no están cubiertos por la atención de caridad.
- Este programa es solo para los costos del hospital Jefferson y no aplica para los servicios de médicos.

Cómo llenar la solicitud

Envíe por correo el formulario de solicitud completo y copias de los materiales de comprobación de ingresos a la siguiente dirección: Jefferson University Hospitals
 P.O. Box 88
 Filadelfia, PA 19105-0088
 Atte: Representante de Ayuda Económica

Si tiene alguna pregunta, llame al 1-215-955-3815 para hablar con un representante. Además, hay más información disponible en la web en www.jeffersonhospital.org. Seleccione "Patient & Visitor Information" (Información para pacientes y visitantes) primero, luego, "Patient Policies" (Políticas para pacientes) y "Charity Care Program" (Programa de atención de caridad).

Lista de documentación de ayuda económica

Su solicitud debe incluir copias de cualquiera de los siguientes documentos que aplican a usted. Adjunte copias, no los originales, porque Jefferson no puede devolver los documentos que se envían con la solicitud. Si falta alguno de los documentos, se demorará el procesamiento de la solicitud.

1. Si tiene ingresos:

- Adjunte una copia de su más reciente formulario 1040 del Servicio de Impuestos Interno (IRS, por sus siglas en inglés) si presentó uno.

Si no presentó una declaración de impuestos federales, debe hacer lo siguiente:

- declarar por escrito que no es necesario que la presente y por qué (envíe esto con la solicitud);
- enviarnos una copia de la declaración de impuestos federales más reciente de la persona que lo haya declarado a usted como un dependiente;

Adjunte comprobantes adicionales de sus ingresos familiares, los cuales pueden incluir lo siguiente:

- formularios 1099 de Seguridad Social o cartas de concesión;
- cartas de concesión de indemnización por desempleo o accidente laboral;
- comprobantes de pago de los últimos tres meses;
- formulario 1040 del IRS más reciente y los cronogramas correspondientes
- cronograma C y estado de pérdidas y ganancias (para autónomos).

2. Si no tiene ingresos:

- Envíenos una carta de ayuda. La persona que brinda esa ayuda debe firmar la carta y hacer certificar el documento por un notario.

3. Disponibilidad de comprobantes de efectivo familiar

Adjunte los resúmenes más recientes de los siguientes activos:

- cuentas corrientes o de ahorro;
- acciones, bonos, certificados de depósito (CD), cuentas de alto rendimiento o rentas;
- cualquier otra inversión (incluidos los bienes inmuebles);
- Cuentas de ahorro para la salud (HAS), cuentas de ahorro médico (MSA), arreglos de gastos flexibles (FSA) o arreglos de reembolso de salud (HRA)

4. Carta de denegación de ayuda económica

- Según nuestro análisis económico inicial, debe solicitar ayuda médica y enviar una copia de la carta de denegación antes de que podamos aprobar su solicitud. Si bien se puede aprobar la ayuda económica para futuros servicios, se le puede requerir que complete una solicitud de ayuda médica en cualquier momento durante el proceso.

5. Su formulario de solicitud de ayuda económica completo y firmado

- Asegúrese de completar todas las partes del formulario que aplican a usted.

FORM 78727 (REV. 06/16)



FORMULARIO DE SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

Nombre del paciente:	
Fecha de nacimiento del paciente:	Número de Seguridad Social del paciente:
Dirección: Número y calle/ciudad/estado/código postal	
Número de teléfono durante el día:	Número de teléfono alternativo:
Nombre del empleador:	Nombre del empleador del cónyuge:

Si ya recibió una factura, incluya su número de cuenta:

--

Información familiar: Enumere TODOS los miembros de la familia que están declarados en su formulario 1040 del IRS más reciente.

Nombres	Relación con el paciente	Edad

Número total de miembros de la familia (incluido el paciente):

--

¿Tiene seguro de salud? Sí No
Si la respuesta es **SÍ**, adjunte una copia de ambos lados de sus tarjetas de seguro.

¿Solicitó ayuda médica en los últimos 6 meses? Sí No
Si la respuesta es **SÍ**, adjunte una copia de la carta de denegación o el comprobante de elegibilidad.
Si la respuesta es **NO**, comuníquese con la oficina de ayuda del condado local para obtener orientación sobre cómo solicitar estos beneficios.

¿Los servicios estaban relacionados a un accidente automovilístico, una indemnización por accidente laboral o un litigio de terceros? Sí No
Si la respuesta es **SÍ**, brinde el nombre y la información de contacto del abogado o el representante:

Nombre: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____
Tipo de caso: _____

¿Es elegible para alguno de los siguientes beneficios? Sí No

- Programa subsidiado de almuerzo escolar
- Vivienda de bajos ingresos subsidiada
- Programa de prescripción financiado por el estado
- Mujeres, infantes y niños (WIC, por sus siglas en inglés)
- Cupones de alimentos

Si la respuesta es **SÍ**, brinde documentación que verifique la elegibilidad.
Si es elegible para cualquiera de los programas anteriores, o es elegible actualmente para la ayuda médica, no debe completar las páginas restantes de esta solicitud.
Firme la solicitud en la última página y envíela con los adjuntos.