

Memorial
H e a l t h
University Medical Center

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha: _____

Estimado paciente:

Es posible que califique para recibir asistencia para pagar los gastos de su última visita al hospital. Con el fin de ayudarlo a llenar las solicitudes correspondientes, nuestra oficina debe recibir la siguiente información en un plazo de 14 días.

*Nuestros registros no cuentan con su información del seguro de salud. Si tiene Medicare, Medicaid, Tri-Care, Champus, PeachCare o cualquier otro tipo de cobertura de salud médica o de hospitalización, comuníquese inmediatamente con la Oficina de Facturación al (912) 350-8677 ó (800) 682-4794.

*Llene la siguiente información. Encierre en un círculo la respuesta correcta y llene los espacios en blanco con la información que se solicita.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ N° de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

N° de teléfono diurno: _____ N° de teléfono nocturno: _____

Estado civil: C S D Separado(a) ¿Está embarazada? Sí No

¿De cuántos menores de edad tiene la custodia física? _____ Edad de los menores: _____

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

¿Recibe manutención infantil? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuánto mensual? \$ _____

¿Está trabajando? Sí No Empleador/Teléfono: _____ Ingreso mensual: \$ _____

¿Trabaja su cónyuge? Sí No Empleador/Teléfono: _____ Ingreso mensual: \$ _____

¿Recibe un cheque del Seguro Social? Jubilación Discapacidad Sobreviviente Monto: \$ _____

¿Recibe su cónyuge un cheque del Seguro Social? Jubilación Discapacidad Sobreviviente Monto: \$ _____

¿Reciben sus hijos un cheque del Seguro Social? Jubilación Discapacidad Sobreviviente Monto: \$ _____

¿Recibe seguro de desempleo? Sí No ¿Cuánto mensual? \$ _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Recibe indemnización por accidentes y enfermedades laborales? Sí No ¿Cuánto mensual? \$ _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Paga arriendo? Sí No ¿Cuánto? \$ _____ ¿Tiene una hipoteca? Sí No ¿Cuánto? _____

INFORMACIÓN SOBRE MEDICAID

¿Ha aplicado para Medicaid? Sí No ¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____

¿Tienen sus hijos Medicaid? Sí No Nombre del asistente social: _____ Teléfono: _____

¿Ha aplicado para PeachCare para sus hijos? Sí No Fecha de postulación: _____

ACTIVOS

¿Tiene usted cuentas bancarias a su nombre o a nombre de su cónyuge? Sí No

Indique el saldo junto al tipo de cuenta correspondiente: _____

Cuenta corriente: \$ _____ Ahorros: \$ _____ Certificados de depósito: \$ _____ IRA: \$ _____ Acciones/Bonos: \$ _____

Indique cualquier otro activo que esté a su nombre, por ejemplo, propiedades para alquiler, 401K u otras propiedades: _____

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

LITIGIOS:

¿Tiene alguna demanda pendiente? Sí No Si la respuesta es Sí, explique: _____

Nombre del abogado: _____ Teléfono del abogado: _____

Dirección del abogado: _____

INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTES / CONDICIÓN DE EMPLEO:

¿Se lesionó en un accidente? Sí No Si la respuesta es Sí, indique la fecha y lugar del accidente: _____

¿Ha estado sin trabajar por motivos médicos? Sí No

Si la respuesta es Sí, explique: _____

¿Cuándo esta afección lo obligó a dejar de trabajar? _____

¿Le ha dicho algún médico que solicite beneficios por discapacidad? Sí No ¿Qué médico? _____

¿Ha aplicado a beneficios por incapacidad? Sí No ¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____

Si tiene dudas respecto a cómo debe llenar este formulario, llame al 912-350-8811.

Una vez que haya devuelto este formulario, nuestro personal lo revisará y se comunicará con usted en caso de que nuestro departamento necesitara información adicional o una solicitud adicional.

Muchas gracias.

Departamento de Asistencia Financiera
Memorial Health University Medical Center, Inc.

Firma