



# SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Imprima toda la información

Nombre del paciente (apellido, primer nombre)		Número del Seguro Social		Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono de contacto durante el día
Soltero/a ____ Casado/a ____ Viudo/a ____ Separado/a ____ (Marque una de las casillas)				
Situación laboral: Empleado/a ____ Jubilado/a ____ Desempleado/a ____ (Marque una de las casillas)				
¿Tiene seguro?: Sí ____ No ____ (Adjunte una copia de la(s) tarjeta(s) de seguro, si corresponde)				
Nombre del cónyuge (apellido, primer nombre)		Situación laboral Empleado/a ____ Jubilado/a ____ Desempleado/a ____		Número del Seguro Social
				Fecha de nacimiento

“Familia” incluye al paciente, al cónyuge del paciente (al margen de si viven en el hogar) y a todos los hijos del paciente, sean naturales o adoptivos, de menos de 18 años que vivan en el hogar. Si el paciente es menor de 18 años, “familia” incluirá al paciente, a su(s) padre/madre natural(es) o adoptivo(s) (al margen de si viven en el hogar) y a los hijos menores de 18 años que vivan en el hogar.

Nombre del integrante de la familia	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Ingresos brutos recibidos durante los tres meses anteriores a la cirugía	Fuente de ingresos o nombre del empleador
NÚMERO TOTAL DE PERSONAS EN LA FAMILIA:			SI ES CERO, DEBE COMPLETAR LA SIGUIENTE DECLARACIÓN DE INGRESOS POR \$0	
		INGRESOS TOTALES DE LA FAMILIA:		

**DECLARACIÓN DE INGRESOS POR \$0:** Ingrese una breve declaración sobre la forma en que fueron atendidas las necesidades básicas de alimentación y vivienda en los tres meses anteriores a esta cita quirúrgica.

Se requiere el ingreso del cónyuge o padre/madre que no vive en el hogar, a menos que el cónyuge o padre/madre ausente no contribuya al hogar; use el bloque de INGRESOS para documentar “No contribuye”.

La verificación de ingresos incluye, entre otros, copias del salario total antes de impuestos, pensión SSI/SSD/beneficios de desempleo, pensión de alimentos, manutención de hijos (si el hijo es el paciente), beneficios de veteranos, distribuciones de una acción de jubilación (IRA), 401(k) y 401(b).

Si recibe beneficios del Seguro Social o por incapacidad, puede presentar una carta de verificación de ingresos o su formulario 1099 más reciente. Puede pedir una carta de verificación en el 1-800-772-1213 de la Administración del Seguro Social.

Yo, el/la suscrito/a, entregué la información anterior para ser considerado/a para asistencia financiera a través de Medina ASC y; a mi leal saber y entender, declaro que esta información es verdadera y exacta.

\_\_\_\_\_  
(Para que la solicitud sea válida, debe firmar el paciente o un representante legal del paciente) (Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Representante de Medina Surgery Center) (Fecha)

## AVISO IMPORTANTE A NUESTROS PACIENTES

La ayuda financiera en forma de descuento solo aplica a cargos de Medina ASC. Estos descuentos no incluyen honorarios de facturación de médicos o profesionales.

### Declaración de política

Medina ASC se compromete a entregar asistencia financiera (descuentos) que respondan a las necesidades de la comunidad, al margen de raza, edad, género, color, origen étnico, origen nacional, ciudadanía, idioma principal, religión, discapacidad, minusvalía, educación, situación laboral o estudiantil, disposición, relación, cobertura de seguro, posición en la comunidad o cualquier otro factor discriminatorio de diferenciación.

El programa de descuentos de Medina ASC contempla a pacientes sin seguro de salud y a pacientes que solo tengan cobertura parcial (es decir, a los no asegurados y a los subasegurados) que cumplan con criterios de ingresos y otros criterios de elegibilidad.

### Participación (intercambio) en el mercado de seguros de salud

- Si un paciente ha optado por no ingresar al mercado/intercambio, no se pueden conceder descuentos financieros hasta que lo hagan. Entre las excepciones a esta política se encuentran los pacientes fallecidos sin patrimonio y los pacientes que han documentado su falta de vivienda.
- Se puede ofrecer asistencia financiera para la atención de salud (descuentos) una vez que el paciente cumpla con el requisito para el seguro.

Válido para fechas de servicio a contar del 13/01/2021				
	Pautas de ingresos para la garantía de atención de 2021	Programa de Asistencia Financiera		
Tamaño de la familia	Índice federal de pobreza	250 %	300 %	400 %
1	\$12,880	\$32,200	\$38,640	\$51,520
2	\$17,420	\$43,550	\$52,260	\$69,680
3	\$21,960	\$54,900	\$65,880	\$87,840
4	\$26,500	\$66,250	\$79,500	\$106,000
5	\$31,040	\$77,600	\$93,120	\$124,160
6	\$35,580	\$88,950	\$106,740	\$142,320
7	\$40,120	\$100,300	\$120,360	\$160,480
8	\$44,660	\$111,650	\$133,980	\$178,640
Nivel de descuento	100 %	100 %	90 %	87 %



Medina Surgery Center

Oficina comercial

Teléfono: (330)-952-0014