

ASISTENCIA FINANCIERA, FACTURACIÓN Y POLÍTICA DE COBRO

ANEXO A: LISTA DE DOCUMENTOS APROBADA

Vamos a revisar y considerar los ingresos financieros del hogar para otorgar posibles descuentos en los servicios. La aptitud para la Asistencia Financiera depende de varias cosas que incluye, pero no se limita al empleo, el nivel de ingresos y el número de personas a cargo que tenga el solicitante. Para postular, debe proporcionar ciertos documentos de cada una de las categorías de la lista siguiente. Para obtener más información, visite nuestro sitio web www.noehospital.org/main/financial-assistance.

Documentos aceptables de identificación (debe traer 1)	
	<ul style="list-style-type: none"> Licencia de conducir de Luisiana vigente Tarjeta de identificación de Luisiana vigente Distintivo actual con fotografía de empleado de UMC Tarjeta de extranjero residente (Formulario I-551) Tarjeta verde de extranjero residente (Formulario I-688) Pasaporte vigente Tarjeta de identificación militar
Documentos aceptables de residencia (debe traer 2)	
	<ul style="list-style-type: none"> Factura de servicios actual que contenga el nombre y la dirección o recibo de servicios que contenga el nombre y la dirección Carta actual de elegibilidad de Medicaid Carta actual de prestación de la Seguridad Social, cheque o impreso Registros académicos actuales verificando la dirección Factura actual o correo comercial del Estado / Distrito / Ciudad Recibo de alquiler actual, contrato de alquiler o carta de verificación en papel membretado correspondiente que indique dirección. Si vive con un familiar o amigo, debe proporcionar una declaración / carta indicándolo, junto con cualquier prueba de residencia de las listadas previamente. La carta de aceptación del University Medical Center puede ser obtenida contactando a su Asesor Financiero. Tarjeta de registro de votante Registro de vehículo
Documentos aceptables para verificación de personas dependientes (incluyendo al cónyuge como dependiente)	
	<ul style="list-style-type: none"> Carta actual de elegibilidad de Medicaid Tarjeta de la seguridad social Certificado de nacimiento Declaración de la renta del año previo

	<p>Documentos de registros de custodia o tutela legal</p> <p>Registros académicos</p> <p>Cualquier documento razonable que demuestre la relación entre los padres (guardianes) y el niño.</p>
Documentos aceptables para verificación de ingresos	
	<p>Los cuatro (4) comprobantes de sueldo más recientes (consecutivos), dos (2) si se le paga quincenalmente, uno (1) si se le paga mensualmente, indicando el ingreso bruto.</p> <p>Fideicomisos, dividendos, ingresos por intereses, proporcionando documentos con el ingreso bruto</p> <p>Comprobante(s) actual(es) de cheques de ingresos por jubilación</p> <p>Carta actual de prestación de la Seguridad Social para ambos cónyuges y todos los hijos</p> <p>Carta actual del empleador en papel membretado de la empresa (solo si se le paga en efectivo)</p> <p>Carta(s) de aprobación de la Administración de Veteranos de Guerra</p> <p>Declaración actual de pensión alimenticia o sentencia de divorcio</p> <p>Documento actual de la Comisión de Empleo de Luisiana – si no tiene empleo</p> <p>Prueba actual de depósito directo o ingreso fijo presentando un documento con el ingreso bruto</p> <p>Para las personas que actualmente trabajan en forma independiente – Formulario 1040 de declaración de renta del año previo con todos los adjuntos (copia del expediente verificada por el IRS)</p> <p>Carta actual de respaldo si está desempleado / no tiene fuentes de ingresos y está viviendo con un familiar o amigo</p> <p>Declaración bancaria actual si está viviendo de sus ahorros y no tiene otras fuentes de ingresos, presentando las tres (3) declaraciones bancarias más recientes</p> <p>Ingreso por pensión alimenticia o por manutención del cónyuge.</p>
Información de recursos / bienes (además de los documentos previos)	
	<p>Declaración más reciente de renta (para trabajadores independientes ver debajo*). Si no envió una declaración de renta para el año más reciente, será necesario conseguir una declaración del IRS a través del mismo método que la copia del expediente del IRS para confirmar.</p> <p>Para propietarios de negocios, las declaraciones más recientes de ganancias y pérdidas (al menos 2 cuartos).</p> <p>La declaración de renta más reciente de la empresa, si el solicitante es propietario de más del 5 % de una sociedad o corporación.</p> <p>Las tres (3) declaraciones más recientes para cada cuenta corriente, caja de ahorros, fondo común de inversiones, cuenta del mercado monetario, cuentas de retiro individual (IRA), cuentas de certificados de depósito (CD) y cualquier otra cuenta de seguridad o de inversión.</p> <p>Las tres (3) declaraciones más recientes (o trimestral) de acciones, bonos, etc.</p> <p>Documentos de evaluación del distrito para todos los bienes inmuebles excluyendo la vivienda.</p> <p>Documentos financieros con el saldo del préstamo o de la hipoteca para determinar el valor patrimonial.</p> <p>Toda la información de vehículos motorizados, incluyendo autos, camionetas, casas rodantes, motocicletas, botes, cuatriciclos y aeronaves que se encuentren en su vivienda.</p>

* Solamente para trabajadores independientes - si la declaración al IRS no es realizada por un profesional con un número de identificación fiscal indicado en el formulario, debe proporcionar una copia oficial de la declaración que puede ser solicitada en las oficinas del IRS llamando al 1-800-829-1040 u obtener una copia gratuita desde el sitio web del IRS para obtener más información (Formulario 4506-T) <http://www.irs.gov/faqs/faq1-6.html>

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Escriba su nombre completo y su dirección al momento de recibir servicio médico y la demás información solicitada en esta sección.

Número de cuenta _____ Fecha(s) del servicio _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Distrito: _____

Número de Seguridad Social: ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento: __ / __ / __

Teléfono de domicilio: (____) _____ Otro teléfono: (____) _____

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

¿Tenía seguro médico (sin ser Medicaid) al momento de su atención? Si la respuesta es sí, brinde la información del seguro y una copia de su tarjeta de seguro. Sí No

Nombre del seguro: _____

Fecha efectiva desde la que está asegurado: __ / __ / __

Nombre del abonado: _____

Fecha de nacimiento del abonado: __ / __ / __

Número de identificación del abonado: _____ Número de grupo: _____

SECCIÓN DOS: INGRESOS FAMILIARES

Brinde su información de ingresos, la de su cónyuge y del resto de los familiares (si aplica).

Fuente de ingreso mensual	Ingreso bruto mensual actual		Ingreso familiar total durante los 3 meses previos a la fecha de atención	Tipo de documento de verificación adjunto – se requiere una prueba de ingresos para procesar su solicitud
	Paciente	Cónyuge / Otro		
Salario / trabajo independiente, pensión alimenticia y manutención.	\$	\$	\$	Copia de los comprobantes de pago más recientes o cartas de adjudicación de ingreso (de los tres meses previos)
Seguridad Social	\$	\$	\$	Carta de adjudicación de la Seguridad Social
Jubilación, dividendos, intereses, ingresos por renta	\$	\$	\$	Carta de prestaciones jubilatorias, declaración de dividendos / intereses
Seguro de desempleo, seguro de indemnización por accidentes del trabajador	\$	\$	\$	Carta de prestaciones por desempleo, carta de prestaciones por seguro de indemnización por accidentes del trabajador

NOTA: Si indicó ingresos \$ 0, explique brevemente cómo usted (o el paciente) cubre sus necesidades básicas:

(Debe proporcionar un documento probatorio.)

SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN FAMILIAR

Indique el nombre de todos los miembros del hogar que hayan sido incluidos en la declaración de renta federal más reciente y su fecha de nacimiento.

Brinde la siguiente información de todos los familiares directos que viven en su casa. A los efectos de esta póliza, la familia se define como el paciente, el cónyuge del paciente y todos los hijos del paciente menores de 18 años (naturales o adoptivos) que viven en la casa del paciente. Si el paciente es menor de 18 años, la familia incluirá al paciente, sus padres naturales o adoptivos y los hijos (naturales o adoptivos) de sus padres menores de 18 años que vivan en la casa del paciente.

Nombre de los miembros de la familia, incluyendo al paciente	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Al firmar a continuación certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud y en cualquier documento adjunto es cierto.

Firma de la parte responsable _____ Fecha: _____

Entregue la solicitud completa a:

New Orleans East Hospital
Attn: Financial Assistance
5620 Read Blvd.
New Orleans, LA. 70127

Copias de nuestra política de asistencia financiera, formulario de solicitud y resumen están disponibles en inglés, español y vietnamita.

AYUDA DE UN TERCERO Y DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 N.º de MRN: _____

CLÁUSULA PENAL, DECLARACIÓN DE CONFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

Certifico que la información proporcionada para completar este formulario es verdadera. Además, comprendo que, de acuerdo con la ley estatal de Luisiana 1924, proporcionar información falsa es un delito que puede ser considerado "fraude en la atención médica" en un intento por defraudar al hospital en pos de obtener bienes o servicios que incluyen artículos de farmacia.

APOYO FINANCIERO

Yo, _____, proporcioné \$ _____ el mes pasado para el paciente que se menciona a continuación.

APOYO DE TERCEROS EN CUANTO A CONDICIONES DE VIDA

Yo, _____ (colaborador), brindo hospedaje y comida y otro tipo de ayuda al paciente que se menciona a continuación. La persona no me paga ninguna renta. Debo demostrar mi dirección para que la puedan verificar. Entrego al paciente una factura vigente u otro documento de mi hogar para que les muestre mi dirección actual.

PAGOS DE TERCEROS para las cuentas de créditos del paciente

Yo, _____ (parte responsable), certifico que soy la persona responsable de los pagos relacionados con los siguientes gastos a nombre del paciente mencionado. Comprendo que debo proporcionar evidencia de los pagos. Envíe con el paciente pruebas documentadas para su evaluación financiera. (Proporcione información adicional en una hoja separada).

Nombre del gasto: _____ Monto: _____

Nombre del gasto: _____ Monto: _____

Nombre del gasto: _____ Monto: _____

Tipo de préstamo o n.º de préstamo: _____

***Se requiere firma si el tercero no está presente en el momento de la evaluación financiera.**

Firma del paciente/representante

Nombre del paciente/representante en
letra de imprenta

Fecha

*Firma del tercero colaborador

Nombre del tercero colaborador en letra
de imprenta

Fecha

Firma del representante de New
Orleans East Hospital

Nombre del representante de New
Orleans East Hospital en letra de
imprenta

Fecha de recepción del
formulario