Solicitud de asistencia financiera

Bronson Healthcare Group Patient Accounting, Attn: SP
601 John Street, Box J Kalamazoo, MI 49007

Fecha: _____

Estimado(a) paciente/solicitante:

Le agradecemos su interés en la asistencia financiera de Bronson Healthcare. Se adjunta la solicitud de asistencia financiera. La siguiente información es una lista de comprobación de los elementos de verificación que se requieren por parte suya. Si está casado(a), asegúrese de incluir también las verificaciones de su cónyuge. Junto con la solicitud, deberá proporcionar la verificación de los ingresos de su hogar y la verificación de los activos propios de cualquier miembro del hogar. Devuelva la solicitud completada con la documentación requerida a la dirección indicada anteriormente o por correo electrónico a patientbilling@bronsonhg.org.

Los ejemplos de prueba de ingresos incluyen:

- Copia reciente del talón de pago en el que figure los ingresos brutos del año hasta la fecha, o una carta de verificación firmada por el empleador en la que figure esta información o la declaración de impuestos del año anterior*.
- Si usted es trabajador(a) por cuenta propia, la declaración de impuestos personal del año anterior y la declaración de impuestos de la empresa del individuo, incluyendo todos los anexos.
- Si está desempleado(a), todos los talones de cheques de desempleo del año hasta la fecha o una copia impresa del sitio web del estado en la que figure los ingresos brutos del año hasta la fecha o la verificación de denegación en la que figure la inelegibilidad para los beneficios de desempleo.
- Si recibe beneficios del Seguro Social, una copia de la carta en la que figure el importe mensual del beneficio.
- Si no se recibe ingresos, la declaración de apoyo proporcionada en la última página de la solicitud de una persona que ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades básicas.
- Si recibe manutención infantil, una copia de la documentación judicial actual o confirmación impresa de Friend of the Court.
- Documentación de otros ingresos (pensión, beneficios para veteranos, ingresos por alquiler o educación, indemnización por accidente laboral, etc.).

*Una carta de apoyo de una persona que ayudó al paciente antes del empleo es aceptable en lugar de una declaración de impuestos si la persona estuvo desempleada el año anterior y no tiene ninguna declaración que presentar.

Los ejemplos de prueba de activos incluyen:

- Extractos bancarios actuales (cuentas corrientes y de ahorro)
- Inversiones que incluyen acciones, bonos y renta vitalicia
- Certificado(s) de depósito o cuentas de mercado monetario
- Cuentas HSA/FSA
- Servicios de pago móviles/virtuales

Bronson Healthcare Group se reserva el derecho a solicitarle documentación adicional antes de tomar una determinación final sobre la asistencia financiera. Esto podría incluir, entre otros, una carta de denegación de Medicaid, extractos bancarios, prueba de activos, declaración de impuestos del año anterior, prueba de residencia y la divulgación de reclamaciones o ingresos por lesiones personales o reclamaciones relacionadas con accidentes.

Para que se considere su solicitud de asistencia financiera, complete ambas páginas de la solicitud adjunta e incluya los documentos de prueba requeridos que se le solicitan a usted y a su cónyuge (si corresponde), enumerados en la sección "ingresos y activos". Se deben completar todas las líneas. Si después de presentar la solicitud, Bronson determina que se necesita más información, recibirá una carta con los detalles que describen lo que se necesita. Se le notificará por escrito nuestra decisión en un plazo de 30 días laborables desde que Bronson reciba la solicitud completada. El programa cubre los servicios de urgencia y médicamente necesarios brindados por Bronson Healthcare Group. El programa puede o no cubrir las facturas médicas que pueda tener con otros proveedores; comuníquese con ellos directamente para ver qué programas de asistencia financiera pueden ofrecerle. Este programa no cubre ni paga los costos judiciales, las tasas de tramitación, los intereses ni los honorarios de abogados de una de nuestras agencias de cobro.

Para obtener más información o recibir ayuda, comuníquese con el Departamento de Facturación de Bronson llamando al 269-341-6117 o al 800-699-6117 de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:30 p. m.

BRONSON

Solicitud de asistencia financiera

Bronson Healthcare Group Patient Accounting, Attn: SP
601 John Street, Box J Kalamazoo, MI 49007

Sección uno: Información de la parte responsable y del hogar

Información de la parte responsable (Garante):

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Fecha de nacimiento _____ N.° de garante, n.° de registro médico o n.° de cuenta _____

Dirección postal _____ Ciudad, estado, código postal _____

Teléfono _____ N.° de Seguro Social _____ Estado civil legal _____

- ¿Es residente legal de los Estados Unidos? (Encierre en un círculo) Sí o No
- ¿Tiene seguro médico? (Encierre en un círculo) Sí o No

Empleador _____ Empleador (cónyuge) _____

Es el empleo para usted (Encierre uno en un círculo): Tiempo completo, Tiempo parcial, Trabajador(a) por cuenta propia, Jubilado(a), Desempleado(a), Discapacitado(a) **Revise los artículos necesarios para cada uno en la portada**

Es el empleo para su cónyuge (Encierre uno en un círculo): Tiempo completo, Tiempo parcial, Trabajador(a) por cuenta propia, Jubilado(a), Desempleado(a), Discapacitado(a)

Información del seguro

Nombre del seguro _____ Nombre del suscriptor _____

Id. del suscriptor _____ Grupo _____ Fecha de vigencia_____

Información del paciente (si es diferente de la parte responsable):

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Su relación con el paciente _____

Información del hogar:

(Proporcione la siguiente información para todos los miembros directos del hogar que viven en su hogar. Para estos fines, la familia incluye al cónyuge del paciente y a los dependientes del paciente indicados en el Formulario 1040 del IRS. Si los dependientes tienen más de 18 años a la fecha de esta solicitud, se solicita el Formulario 1040 del IRS para demostrar el estado de dependiente.)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el garante _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el garante _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el garante _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el garante _____

Para obtener más información o recibir ayuda, comuníquese con el Departamento de Facturación de Bronson llamando al 269-341-6117 o al 800-699-6117 de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:30 p. m.

BRONSON

Solicitud de asistencia financiera

Bronson Healthcare Group Patient Accounting, Attn: SP
601 John Street, Box J Kalamazoo, MI 49007

Sección dos: Información de ingresos y activos

Fuente de ingresos/mensual	Parte responsable (Garante)	Cónyuge/Otro
Salarios	_____	_____
Trabajo por cuenta propia	_____	_____
Manutención infantil o pensión alimenticia	_____	_____
Seguro Social/Pensiones	_____	_____
Desempleo/Indemnización por accidente laboral	_____	_____
Beneficios para veteranos	_____	_____
Otros ingresos	_____	_____
Ingresos mensuales totales	_____	_____

Activos	Parte responsable (Garante)	Cónyuge/Otro
Efectivo/cuentas de ahorro/ corrientes	_____	_____
Acciones/bonos/renta vitalicia	_____	_____
Certificado(s) de depósito/ Mercado monetario	_____	_____
Cuenta HSA/FSA	_____	_____
Servicios de pago móviles/virtuales	_____	_____

Certificación:

Entiendo que la información que presente a Bronson será verificada. Doy permiso a Bronson Healthcare Group para acceder a mi informe de crédito si es necesario. También entiendo que Bronson Healthcare Group puede solicitar más información, por ejemplo, prueba de activos, extractos bancarios o una carta de denegación de Medicaid si es necesario para decidir la elegibilidad. Esta solicitud puede ser denegada si no proporciono los documentos requeridos. Bronson Healthcare Group se reserva el derecho de anular cualquier ajuste si el pago está disponible.

He leído detenidamente esta solicitud y toda la información que he proporcionado es verdadera.

_____ _____ _____
Firma de la parte financieramente responsable | Fecha | Relación con el paciente

_____ _____
Firma del cónyuge | Fecha

Para obtener más información o recibir ayuda, comuníquese con el Departamento de Facturación de Bronson llamando al 269-341-6117 o al 800-699-6117 de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:30 p. m.

Comentarios_____
_____
_____
_____
_____
_____

Para obtener más información o recibir ayuda, comuníquese con el Departamento de Facturación de Bronson llamando al 269-341-6117 o al 800-699-6117 de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:30 p. m.

Bronson Healthcare Group Patient Accounting, Attn: SP
601 John Street, Box J Kalamazoo, MI 49007

Si declara ingresos mensuales de $0, solicite a la(s) persona(s) que le ayuda(n) a usted o a su familia que complete(n) la Declaración de apoyo.

Declaración de apoyo

(Para ser completada por la persona que brinda apoyo al solicitante)

Nombre completo en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

_____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono (_____) _____

Confirmo que brindo apoyo financiero al solicitante. A continuación, se proporciona una lista de los servicios o apoyo que brindo al solicitante.

- ❑ Vivienda (ayuda con el alquiler/hipoteca o el solicitante vive conmigo)
- ❑ Servicios públicos
- ❑ Alimentos
- ❑ Otro _____

_____

_____

Por la presente verifico que toda la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que mi firma no me hará financieramente responsable de los cargos médicos del solicitante.

Firma: _____

Para obtener más información o recibir ayuda, comuníquese con el Departamento de Facturación de Bronson llamando al 269-341-6117 o al 800-699-6117 de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:30 p. m.