Apartado Postal 1259 * State College, Pennsylvania 16804-1259 *814.234.6171 * www.mountnittany.org
Mount Nittany Medical Center / Mount Nittany Physician Group

Solicitud de Asistencia Financiera

Por favor llene la siguiente información y adjunte la documentación solicitada para poderle asistir en su proceso de solicitud

INFORMACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA

Nombre del Jefe de familia: _____

Dirección del Jefe de familia: _____

_____

Número de teléfono del Jefe de familia: _____

LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA ES PARA LAS SIGUIENTES CUENTAS

NOMBRE DEL PACIENTE	F. NACIMIENTO	F. SERVICIO	# DE CUENTA	BALANCE

_____TOTAL_____

Si necesita más espacio para poner más cuentas en la lista, por favor utilice la parte trasera del formulario.

POR FAVOR COMPLETE EL INCISO 1, 2 & 5 Y ADJUNTE EL COMPROBANTE DE INGRESOS SOLICITADO EN LOS INCISOS 3 & 4

1. Solicitó asistencia médica: ☐ No ☐ Sí Fecha: _____
2. Tamaño de su familia: _____
3. Adjunte su declaración de impuestos y Formulario W2 más reciente: _____
4. Adjunte sus recibos de nómina con fecha: _____
5. Ingresos totales de su hogar (adjunte pruebas): $_____

(Los ingresos totales de su hogar incluyen seguro social, asistencia por discapacidad, asistencia para estudiantes, pensión para menores, y todo tipo de ingresos de cada uno de los individuos que viven en el hogar).

*******NO PRESENTE SU SOLICITUD SIN HABER COMPROBADO TODOS SUS INGRESOS*******

☐ Doy fe que la información anterior es correcta y verdadera a mi leal saber y entender.

_____

Fecha Firma

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA (USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL)

____ Su Solicitud de Asistencia Financiera fue **Aprobada.** Fecha: _____ ☐ Categoría A ☐ Categoría B
____ Su Solicitud de Asistencia Financiera fue **Rechazada**. Fecha: _____
____ Su Solicitud de Asistencia Financiera fue rechazada por la siguiente razón: _____
____ Su Solicitud de Asistencia Financiera está incompleta. Favor de proporcionar los siguientes para ayudarle en este proceso:
- ____No recibimos la declaración de impuestos *anteriormente requerida*
- ____ No recibimos sus recibos de nómina *anteriormente requeridos*
- ____ No recibimos el tamaño de su familia *anteriormente requerido*

Por favor nótese: El programa de cuidado financiero no cubre copagos. Estos son responsabilidad del paciente.

Otro: _____ Firma del Proveedor: _____

Por favor envíe su solicitud completada a: Mount Nittany Medical Center, Apartado Postal 1259, State College, PA 16804-1259