P.O. Box 1259 * State College, PA 16804-1259 *814.234.6171 * www.mountnittany.org

Mount Nittany Medical Center / Mount Nittany Physician Group

Solicitud de asistencia financiera

Complete toda la información que se indica abajo y adjunte la documentación requerida para que podamos ayudarlo en el 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	FECHA DE SERV.	N.º DE CUENTA	SALDO
		TOTAL	

Si necesita más espacio para escribir otras cuentas, use la parte de atrás de este formulario.

COMPLETE LOS PUNTOS 1, 2 Y 5, Y ADJUNTE LOS COMPROBANTES DE LOS INGRESOS SOLICITADOS EN LOS PUNTOS 3 Y 4 ABAJO

1. ¿Solicitó asistencia médica?: ☐ No ☐ Sí Fecha: _____
2. Cantidad de integrantes del grupo familiar: _____
3. Adjunte la declaración de impuestos del año pasado y el formulario W2 más reciente: _____
4. Adjunte los comprobantes de los cheques de pago con fecha: _____
5. Ingresos totales del grupo familiar (adjuntar comprobante) $_____

(Los ingresos totales del grupo familiar incluyen el seguro social, los ingresos por discapacidad, la ayuda para estudiantes, la manutención para los hijos y todas las demás formas de ingresos de todas las personas que integran el grupo familiar).

*******NO ENVÍE LA SOLICITUD SIN LOS COMPROBANTES DE TODOS LOS INGRESOS*******

Certifico que la información anterior es correcta y verdadera a mi leal saber y entender.

_____

Firma y fecha

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA (PARA USO DEL HOSPITAL SOLAMENTE)

_____ Su solicitud de asistencia financiera se ha **aprobado**. Fecha_____ Categoría A☐ Categoría B☐

_____ Su solicitud de asistencia financiera se ha **rechazado**. Fecha_____

_____ Su solicitud de asistencia financiera se ha rechazado por el siguiente motivo:_____

_____ Su solicitud de asistencia financiera está incompleta. Complete lo siguiente para que podamos brindarle más ayuda en este proceso:

- _____ No se recibió la declaración de impuestos *como se pidió arriba*.
- _____ No se recibieron los comprobantes de los cheques de pago *como se pidió arriba*.
- _____ No se indicó la cantidad de integrantes del grupo familiar *como se pidió arriba*.

Tenga en cuenta lo siguiente: Los copagos no están cubiertos en el programa de asistencia financiera. El paciente es responsable de su pago.

Otro(s):_____Firma del proveedor_____

Envíe la solicitud completa por correo postal a: Mount Nittany Medical Center, P.O. Box 1259, State College, PA 16804-1259