

HMH CARRIER CLINIC, INC.

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA (FAP)

PARA USO EXCLUSIVO DE SERVICIOS FINANCIEROS

FECHA DE RECEPCIÓN

Con esta solicitud, se deben presentar comprobantes de identificación, residencia, las declaraciones de impuestos federales más recientes, ingresos y gastos. Envíe copias de todos los documentos solicitados; no envíe documentos originales ya que no serán devueltos.

Para obtener ayuda, asistencia o si tiene preguntas, comuníquese telefónicamente con Servicios financieros para pacientes al 908-281-1111.

I. Información personal

N.º DE CUENTA DE LA CLÍNICA

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Estado civil	N.º de Seguro Social
(NUMERO Y CALLE DE DOMICILIO)		PROPIETARIO	INQUILINO
(CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)		(CONDADO)	
TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO DE CONTACTO DURANTE EL DÍA		
Nombre de la persona que completa la solicitud	Relación con el paciente	Número de teléfono	
Nombre del garante (si no es el paciente)	Relación con el paciente	Número de teléfono	

II. Información del seguro

Nombre del seguro	Nombre del abonado	Relación con el paciente
Si no tiene cobertura: ¿Solicitó cobertura de salud por medio de Marketplace?	SÍ _____ NO _____	
¿Está exento de solicitar cobertura por medio de Marketplace?	SÍ _____ NO _____	
¿Solicitó asistencia médica en los últimos seis meses?	SÍ _____ NO _____	
Si la respuesta es afirmativa, adjunte una copia de la carta de denegación o prueba de elegibilidad.	SÍ _____ NO _____	

Si la respuesta es negativa, comuníquese con la oficina local de la Junta de Servicios Sociales para obtener orientación sobre cómo solicitar beneficios.

III. Información del grupo doméstico (indique todas las personas que conforman el grupo doméstico)

CANTIDAD DE INTEGRANTES

Nombres de los integrantes del grupo doméstico (incluido el paciente)	Relación con el paciente	Ocupación
	PACIENTE	

Integrantes del grupo doméstico (continuación)	Relación con el paciente	Ocupación

IV. Fuentes de ingresos/bienes del grupo doméstico (incluye parientes por consanguinidad, matrimonio o adopción)

Ingresos del grupo doméstico:

(Indique si los ingresos son mensuales [M] o anuales [A])		PACIENTE	INGRESOS DEL RESTO DEL GRUPO DOMÉSTICO
Remuneración/Salario sin descontar deducciones	M A	\$	\$
Autónomo (verificado por una fuente independiente)	M A	\$	\$
Beneficios de Seguro Social	M A	\$	\$
Pensión alimenticia/Manutención de menores	M A	\$	\$
Otro apoyo monetario	M A	\$	\$
Indemnización por desempleo y compensación laboral	M A	\$	\$
Beneficios para veteranos	M A	\$	\$
Pagos de pensión	M A	\$	\$
Pagos del seguro y de anualidades	M A	\$	\$
Dividendos/Interés	M A	\$	\$
Ingresos por rentas	M A	\$	\$

TOTAL

Bienes del grupo doméstico:

OTROS BIENES	PACIENTE	INGRESOS DEL RESTO DEL GRUPO DOMÉSTICO
Ahorros	\$	\$
Cheques	\$	\$
Certificado de depósito (CD)	\$	\$
Cuentas del mercado monetario	\$	\$
Bonos de ahorro	\$	\$
Acciones	\$	\$
Bonos	\$	\$
Cuenta de jubilación individual (IRA)	\$	\$
401(K)	\$	\$
403(b)s	\$	\$
Otro	\$	\$

TOTAL

V. Certificación por solicitante

Certifico que la información anterior sobre la cantidad de integrantes del grupo doméstico, los ingresos y activos es verdadera y correcta.

Entiendo que la tergiversación intencional de la información presentada me hará responsable de todos los cargos de la clínica.

Entiendo que es mi responsabilidad informar a la clínica sobre cualquier cambio en el estado de los ingresos o activos.

Firma del paciente

FECHA

Firma del preparador (relación con el paciente)

Fecha

N.º DE FORMULARIO 991 (ENERO DE 2019)

SIVO DE SERVICIOS PARA PACIENTES
CIÓN DE SOLICITUD

esos y activos.

1522.

ANTIGÜEDAD _____

ite

;

ación

