



## Solicitud de Asistencia Financiera

Número(s) de cuenta del paciente:

Listado de hospital(es) donde usted fue tratado

Apellido del paciente

Nombre del paciente

Núm. de seguro social del paciente

F. de nacim. del paciente

Apellido del garante (si fuera diferente)

Nombre

Núm. de seguro social del garante

Fecha de nacimiento

Dirección particular del garante

Número de teléfono particular

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del empleador del garante

Puesto de trabajo/Departamento del garante

Dirección del empleador del garante

Teléfono del empleador del garante

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del empleador del cónyuge

Puesto de trabajo/Departamento del cónyuge

Dirección del empleador del cónyuge

Teléfono del empleador del cónyuge

Ciudad

Estado

Código postal

### Personas en el grupo familiar (incluyendo al solicitante)

Nombre	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Empleador	Ingreso anual
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

## Solicitud de asistencia financiera de Dignity Health (continuación)

A fin de determinar quién verdaderamente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, primero debemos solicitar la presentación de la información que aparece a continuación para demostrar dificultad financiera. Rellene la solicitud y devuélvala con todo lo siguiente. Si no puede suministrar uno de los documentos o existen factores adicionales que pueden influenciar la evaluación, presente una declaración escrita explicando su situación.

Documentación requerida:

1. Prueba de identidad, una de las siguientes:
  - Copia de la tarjeta de seguro social
  - Copia de la licencia de conducir emitida por el estado
  - Copia de otra identificación con foto
2. Verificación de la dirección actual, uno de los siguientes:
  - Recibo de alquiler
  - Factura de servicio
3. Negativa de elegibilidad del programa de Medicaid del estado de residencia.
4. Comprobante de ingreso para todos los miembros de la familia\* en los 12 meses anteriores a la fecha en la cual se brindaron los servicios de Dignity Health. Esto podría incluir la(s) Declaración(es) de Impuestos o recibo(s) de salario(s) más reciente(s) correspondientes al mismo período. Si es un trabajador autónomo, incluya el formulario Schedule C con su declaración de impuestos. Si no están disponibles, escriba una explicación en una hoja parte, en ella indique su situación financiera durante los últimos tres meses y preséntela con esta solicitud.

\*La familia de un paciente incluye:

- a) Para personas de 18 o más años de edad, un cónyuge, pareja de hecho, tal como lo define la Sección 297 del Código de Familia y los niños dependientes menores de 21 años de edad, independientemente de si viven o no en casa.
- b) Para las personas menores de 18 años, un padre, familiares encargados del cuidado y otros hijos menores de 21 años del padre o del familiar encargado del cuidado.

---

Una vez que hayamos completado nuestra revisión inicial de los documentos provistos, es posible que se solicite lo siguiente para determinar el cumplimiento de los requisitos:

Prueba de los bienes monetarios, todo lo siguiente:

- Estado de cuenta de la cuenta corriente, últimos tres meses
- Estado de cuenta de la cuenta de ahorro, últimos tres meses
- Acciones, bonos y cuentas a plazo fijo

Al firmar a continuación usted acepta ser evaluado para recibir asistencia de pago. Además, certifica que todas las declaraciones realizadas en esta solicitud son ciertas y completas a su leal saber y entender. Si se determinase que la información proporcionada es falsa o está incompleta, se podrá anular todo descuento realizado en su cuenta y podrá exigirse que efectúe el pago total. Al firmar a continuación, autoriza a Dignity Health a controlar las referencias y el historial crediticio a fin de evaluar esta solicitud para considerar la asistencia financiera.

Si usted recibe pagos de una compañía de seguros, un plan de seguro por accidentes y enfermedades laborales o cualquier otro tercero encargado de pagar, usted acepta informar a Dignity Health de tales pagos. Dignity Health se reserva el derecho de cobrar la totalidad de los cargos facturados originalmente en caso de que un tercero le pague a usted los servicios hospitalarios.

---

Firma de la persona responsable de la factura (Garante)

---

Fecha

**Devuelva la solicitud una vez que la llene a:**

Correo electrónico: [pbscustomerservice@dignityhealth.org](mailto:pbscustomerservice@dignityhealth.org)

Fax: 602-798-9448

**O por correo a:**

Physicians Billing Service

Attention: Financial Assistance, Customer Service

P.O. Box 33269

Phoenix, AZ 85067

---

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA**

---

**Fecha de recepción por Servicio al Cliente de PBS**

---

**Recibida por:**