

Solicitud de Ayuda Financiera

Tufts Medicine se enorgullece de brindar la mejor atención a cada paciente. Tufts Medicine ofrece ayuda financiera a través de su Política de Ayuda Financiera a pacientes que no pueden pagar por cuidados de emergencia y medicamentos necesarios. La ayuda financiera de Tufts Medicine no está destinada a cubrir la atención que no sea médicamente necesaria. Tampoco tiene por objeto ofrecer descuentos en los copagos, coaseguros o deducibles de los seguros.

Se espera que los pacientes que disponen de recursos paguen por los servicios recibidos en Tufts Medicine. No obstante, la elegibilidad para recibir ayuda financiera se encuentra disponible para usted. Se recomienda encarecidamente que los pacientes recurran a cualquier programa de asistencia gubernamental disponible, como MassHealth, ConnectorCare o Health Safety Net, antes de postularse para el programa de ayuda financiera de Tufts Medicine. **El hecho de no inscribirse en un programa de asistencia gubernamental para el cual potencialmente reúna los requisitos podría dar lugar a un retraso o a la denegación de su solicitud.** Si necesita ayuda para inscribirse en programas de asistencia gubernamental, puede contar con la orientación de uno de nuestros coordinadores financieros de Tufts Medicine.

Su calificación para los programas de ayuda financiera depende de que usted complete de forma íntegra y precisa esta Solicitud de Ayuda Financiera.

Instrucciones

Complete la Solicitud de Ayuda Financiera e incluya copias de los siguientes documentos para todos los solicitantes. En caso de no enviar todos los documentos necesarios en un plazo de 30 días, la solicitud será denegada. Le rogamos que adjunte solo copias de cualquier documento que presente, ya que lamentablemente no pueden devolverse.

- Complete todas las secciones pertinentes de la solicitud y asegúrese de **firmar la declaración jurada que se encuentra en la página 4**
- Incluya una copia de su **licencia de conducir, otra identificación con fotografía o documentos que verifiquen su residencia actual**. Todo lo que se envíe debe especificar su nombre.
- Incluya una copia de su(s) **tarjeta(s) de seguro**
- Incluya alguna forma de **comprobante de ingresos**:
 - Incluya una copia de su formulario **W-2** más reciente
 - Si ha habido un **cambio reciente en sus ingresos**, incluya documentación como, por ejemplo, recibos de sueldo recientes (mínimo de 4), declaraciones de desempleo, extractos bancarios/de inversiones y/o declaraciones de seguridad social
- Si el paciente ha fallecido, proporcione una copia del certificado de defunción y una carta en la que se indique el estado del patrimonio

Si tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de Coordinación Financiera de Tufts Medicine a través de:

tuftsmedicalcenter.org/financialassistance
978-973-6700

o presencialmente en las siguientes sedes de Tufts Medicine:

- Tufts Medical Center
Biewend Building, piso 1
260 Tremont Street
Boston, MA 02111
- Tufts Medical Center
Proger Building, piso 1
800 Washington Street
Boston, MA 02111
- Lowell General Hospital
Dahod Building, planta baja
295 Varnum Avenue
Lowell, MA 01854
- Lowell General Hospital
Saints Campus
1 Hospital Drive, planta baja
Lowell, MA 01852
- MelroseWakefield Hospital
585 Lebanon Street, Suite 101
Melrose, MA 02176
- Lawrence Memorial Hospital
Planta baja cerca de Urgencias
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

Envíe su solicitud debidamente completada a:

Tufts Medical Center
Financial Coordination
800 Washington Street, Box 475
Boston, MA 02111

1 Acerca del paciente/solicitante

Complete esta sección sobre el paciente o el solicitante.

Documentación requerida: incluya documentación que verifique la residencia: licencia de conducir, otra identificación con fotografía o documentos que comprueben su residencia actual. Todo lo que se envíe debe especificar el nombre del paciente.

El solicitante es el paciente o la persona económicamente responsable del paciente.

Fecha de hoy _____

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento del paciente / /

Número de seguro social del paciente / /

Número de historial clínico del paciente _____

Nombre del solicitante _____

Teléfono del solicitante _____

Dirección del solicitante _____

Formato para la fecha de nacimiento: MM/DD/AAAA

Acerca de su núcleo familiar

Haga una lista de todos los miembros convivientes de su hogar, sus fechas de nacimiento y su relación con el solicitante.

Miembro del hogar 1 _____

Fecha nacimiento / /

Relación con el paciente _____

Miembro del hogar 2 _____

Fecha nacimiento / /

Relación con el paciente _____

Miembro del hogar 3 _____

Fecha nacimiento / /

Relación con el paciente _____

Miembro del hogar 4 _____

Fecha nacimiento / /

Relación con el paciente _____

Miembro del hogar 5 _____

Fecha nacimiento / /

Relación con el paciente _____

Sí No ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?

Sí No En caso NEGATIVO, ¿es usted residente permanente y reside legalmente en los Estados Unidos*?

*Si el paciente es un residente permanente, proporcione una copia de la documentación oficial.

2 Información sobre seguros

Complete esta sección sobre el seguro del paciente.

Documentación requerida: si corresponde, incluya una copia de la(s) tarjeta(s) de seguro del paciente, notificaciones de Medicaid, notificación sobre servicios no cubiertos, documentación sobre las limitaciones de la red. Todo lo que se envíe debe especificar el nombre del paciente.

- Sí No ¿Ha presentado una solicitud para Medicaid en los últimos 6 meses?
- Sí No ¿Tiene una solicitud para Medicaid pendiente o aprobada?
- Sí No ¿Le han denegado su solicitud para Medicaid?
- Sí No ¿Tiene un seguro médico?
- Sí No ¿Su plan cubre los servicios de Tufts Medicine?
- Sí No ¿Hay algún servicio específico que su compañía aseguradora no cubra?

En caso afirmativo, describa: _____

Información sobre el seguro principal

Nombre del seguro _____

Dirección del seguro _____

Número de póliza/ID _____

Número de grupo _____

Suscriptor _____

Fecha de nacimiento del suscriptor / /

Relación con el suscriptor _____

Empleador del suscriptor _____

Fecha de vigencia / /

Información sobre el seguro secundario

Nombre del seguro _____

Dirección del seguro _____

Número de póliza/ID _____

Número de grupo _____

Suscriptor _____

Fecha de nacimiento del suscriptor / /

Relación con el suscriptor _____

Empleador del suscriptor _____

Fecha de vigencia / /

3 Ingresos brutos mensuales y activos

Complete esta sección sobre los ingresos y los activos del paciente y de cada uno de los miembros del hogar mencionados en la sección 1 que trabajen. Indique los ingresos brutos, es decir, los ingresos antes de impuestos y deducciones.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA: incluya documentación que verifique estos ingresos: recibos de sueldo, impuestos sobre la renta, declaración W2, extractos bancarios, extractos de corretaje u otros comprobantes.

La sección 3 puede dejarse en blanco si el paciente y sus miembros del hogar no generan ingresos ni poseen bienes.

Ingresos del núcleo familiar

	PACIENTE	MIEMBROS DEL HOGAR 1	MIEMBROS DEL HOGAR 2	MIEMBROS DEL HOGAR 3	MIEMBROS DEL HOGAR 4	(USO EXCLUSIVO DEL ESTABLECIMIENTO)
Salario/sueldo/propinas						
Subsidio por desempleo						
Seguridad social						
Manutención de hijos + pensión alimenticia						
Ingresos por trabajo autónomo						
Ingresos por intereses/dividendos						
Pensión						
IRA/acciones/bonos						
Ingresos por alquileres						
Pagos fiduciarios						
Indemnización por accidente laboral						
Beneficios para veteranos						

Declaración de carencia de ingresos

Si **no tiene ingresos** y recibe asistencia económica de otra persona, pídale que complete y firme la siguiente declaración.

Nombre del paciente _____

no tiene ingresos actualmente. En este momento le estoy proporcionando comida, alojamiento y la ropa que necesita. También le doy una ayuda económica por un importe promedio de \$ _____ al mes.

Firma del benefactor _____

Fecha / /

Bienes del núcleo familiar: cuentas de cheques y de ahorro

TIPO DE CUENTA	BANCO/INSTITUCIÓN	SALDO

Tipo de cuenta: de cheques o de ahorro.

La sección 3 continúa en la página 5

Otros activos contables del núcleo familiar

TIPO DE CUENTA	BANCO/INSTITUCIÓN	SALDO
Acciones/bonos		
Certificado de depósito		
Bonos de ahorro estadounidenses		
Cuenta de ahorro para la salud (HSA)		
Certificado de ahorro		
Cuentas de ahorro para Navidad o vacaciones		
Otro		

4 Dificultades médicas

Esta sección tal vez no sea pertinente en su caso. Complete esta sección si tiene facturas médicas considerables. Enumere los gastos de la atención médica en Tufts Medicine y de otros proveedores. Podrá solicitarse documentación, pero no es obligatoria en esta instancia.

GASTOS MÉDICOS	IMPORTE TOTAL	¿CON QUÉ FRECUENCIA INCURRE EN ESTOS GASTOS?	(USO EXCLUSIVO DEL ESTABLECIMIENTO)
		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año	
		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año	
		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año	
		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año	
		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año	
		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año	

Declaración jurada: deben firmar todos los solicitantes

Doy fe (o ratifico) que toda la información consignada en este formulario es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender. Acepto notificar a Tufts Medicine, en el plazo de una semana, sobre todos los cambios en los ingresos, recursos económicos o demás información consignada en este formulario que pueda afectar mi elegibilidad para recibir ayuda financiera en Tufts Medicine. Entiendo que se podrá examinar mi información crediticia y demás información financiera para corroborar mi declaración y elegibilidad para el programa. Entiendo que dispongo de 30 días para presentar la documentación respaldatoria precisa y necesaria para que se contemple la aplicación de un descuento.

En caso de declaraciones fraudulentas del paciente con el fin de obtener ayuda financiera se denunciarán ante la oficina del Fiscal General de Massachusetts. Los pacientes que falsifiquen la solicitud para el programa dejarán de ser elegibles para dicho programa y deberán asumir el pago de todos los gastos incurridos durante su inscripción en el programa, con efecto retroactivo al primer día en que se hayan generado gastos en el marco del programa.

Todos los solicitantes deben firmar la declaración jurada para que su solicitud sea tomada en cuenta.

Firma del solicitante _____

Fecha / /