

Solicitud de asistencia financiera

Solicitud de asistencia financiera

Si necesita ayuda para llenar este formulario, solicite hablar con uno de los representantes de la oficina comercial o llame al (505) 291-2300.

Nombre del centro de PHS__NMOSC Nombre del paciente_____ Número de cuenta_____

Instrucciones para completar este formulario:

Este formulario completo debería adjuntarse a la documentación requerida y enviarse a la Contabilidad de Pacientes de NMOSC para su procesamiento.

- Declaración o declaraciones de impuestos del año anterior.
- Al menos dos de los recibos de pago más recientes.

Nombre de la parte responsable _____ N.º de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

Empleador _____ Teléfono del trabajo _____

Nombre de otra parte responsable _____ Últimos 4 dígitos del n.º de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

Teléfono celular _____ Relación con el paciente _____

Empleador _____ Teléfono del trabajo _____

Ingreso bruto mensual/anual en dólares \$ _____

Otros integrantes del núcleo familiar

Nombre	Fecha de nac.	Parentesco	Nombre	Fecha de nac.	Parentesco

Las personas que soliciten asistencia financiera deben explorar primero otras fuentes de financiamiento. Indique cuáles fuentes ha solicitado y las razones por las que no es elegible para recibir esa asistencia.

- Seguro médico grupal _____
¿Su empleador ofrece seguro médico grupal? Sí/No
- Medicaid: si lo rechazaron, adjunte una copia de la negativa de Medicaid
- Otra asistencia estatal o del condado (únicos servicios de hospitalización en la comunidad [Sole Community Hospital (SCH)], servicio para indigentes)
- Otros programas proporcionados por terceros (para propietarios de viviendas, automóviles, etc.)
- Cobertura de Cobra

Describa por qué no puede pagar el saldo de su cuenta: (se puede necesitar documentación adicional)

Si no tiene la documentación requerida en la lista, pregúntenos; podríamos aceptar otro tipo de documentación para cumplir con este requisito. Se puede negar asistencia financiera a los pacientes que no sigan el proceso de solicitud o que se nieguen a solicitar programas externos a los que podrían haber calificado.

Por medio de la presente, declaro que la información aquí proporcionada es fiel y exacta. Autorizo que se realice cualquier verificación requerida, incluida la del informe de la agencia de crédito. Entiendo que, si se determina que esta información es falsa o engañosa, seré responsable del pago de los cargos por todos los servicios prestados. Entiendo que esta solicitud de asistencia financiera no concierne a otros proveedores de atención médica.

Llene y devuelva la solicitud, junto con la documentación requerida, a la siguiente dirección. También puede enviarla por fax al (505) 213-0339:

NEW MEXICO ORTHOPAEDIC SURGERY CENTER
(CENTRO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA DE NEW MÉXICO)
8300 CONSTITUTION AVE NE
ALBUQUERQUE, NM 871107613

Firma del solicitante _____ Fecha _____

El NMOSC y PHS tienen el compromiso de proteger la confidencialidad de sus pacientes. Cualquier información que se suministra al NMOSC y PHS al través del proceso de solicitud de asistencia financiera se mantendrá en confidencialidad, solo se utilizará para fines internos, y no se divulgará a fuentes externas sin el consentimiento expreso de la parte interesada.