

Estimado Paciente,

Adjunta encontrará la Aplicación para Asistencia Financiera del NEBH. Por favor, llénela completamente y devuélvala con toda la documentación necesaria. Las aplicaciones incompletas pueden ocasionar la denegación de la asistencia financiera.

El plazo para devolver la aplicación es de 240 días desde el primer extracto de facturación por los servicios sobre cuya asistencia financiera es solicitada.

El New England Baptist Hospital y sus afiliados se dedican a proveer asistencia financiera a pacientes con necesidades de atención médica y están sin seguro, con un seguro insuficiente, no aplican para un programa gubernamental, o por otra razón, no pueden pagar la atención médica necesarias por su situación financiera.

Si tiene alguna duda, por favor contacte a Asesoría Financiera al siguiente número.

Gracias.

Devolver la Aplicación a:

Acceso de pacientes/Asesores Financieros
New England Baptist Hospital
125 Parker Hill Ave.
Boston, MA 02120
(617) 754-5974 ó (617) 754-5979

Aplicación para Asistencia Financiera

Por favor, imprímala

Fecha de hoy: _____ # de Seguridad Social _____

Número de registro médico: _____

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Calle

Número de apto.

Ciudad

Estado

Código Zip

Fecha de servicios hospitalarios: _____ Fecha de nacimiento del paciente _____

¿El paciente tenía seguro médico o Medicaid al momento de recibir los servicios del hospital? Sí No
Si respondió "Sí", adjunte una copia de la tarjeta del seguro (parte frontal y posterior) y complete:

Nombre de la empresa aseguradora: _____ Número de póliza: _____

Fecha efectiva: _____ Número de teléfono de la aseguradora: _____

****Antes de aplicar para la asistencia financiera, usted debe haber aplicado para Medicaid en los últimos 6 meses y necesita mostrar la prueba de la denegación.**

Nota: La asistencia financiera puede no aplicar si se posee una Cuenta de Ahorros para Salud (HSA), Cuenta de Reembolso para Salud (HRA), Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) o fondo similar designado para los gastos médicos de la familia. El pago de cualquier fondo establecido es adeudado antes de que se suministre la asistencia.

Para aplicar a la asistencia financiera, complete lo siguiente:

Liste todos los miembros de la familia, incluyendo el paciente, padres, hijos y/o hermanos, naturales o adoptados, menores de 18 años viviendo en la residencia.

Miembro de la familia	Edad	Relación con el paciente	Fuente de ingresos o nombre del empleador	Ingresos brutos mensuales
1.				
2.				
3.				
4.				

Además de la Aplicación para Asistencia Financiera, también necesitamos que adjunte la siguiente documentación a esta aplicación:

- Declaración de impuestos estatales o federales actuales
- Formulario W2 y/o 1099 actuales
- Los cuatro talones de pago más recientes
- Los cuatro extractos de cuentas de ahorro y/o corrientes más recientes

- Cuenta de ahorros para salud
- Arreglos de reembolso de salud
- Cuentas de gastos flexibles
- Copias de todas las facturas médicas

De no tenerlos disponibles, por favor llame a la Unidad de Asesoría Financiera al (617) 754-5974 ó (617) 754-5979 para discutir qué otra documentación puede suministrar.

Al firmar debajo, certifico que he leído cuidadosamente la Política de Asistencia Financiera y la Aplicación y todo lo que he declarado o cualquier documento adjunto es verdadero según mi conocimiento. Entiendo que es ilegal suministrar información falsa para obtener asistencia financiera.

Firma del solicitante: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de terminación: _____

Si su ingreso es suplementado de alguna forma o usted declara ingresos de \$0,00 en esta aplicación, haga que la(s) persona(s) que provee ayuda a usted y su familia, complete la Declaración de Soporte.

Declaración de Soporte

He sido identificado(a) por el paciente/parte responsable como soporte financiero. Esta es la lista de los servicios y apoyo que suministro.

Certifico y verifico que toda la información dada es verdadera y correcta según mi conocimiento. Entiendo que el firmar no me hace responsable de los gastos médicos del paciente.

Firma: _____ Fecha de terminación: _____

Por favor, espere 30 días desde la fecha en que la aplicación lista sea recibida para determinar su elegibilidad.

Si es elegible, se otorga asistencia por seis meses desde la fecha de aprobación y es válida para todos los afiliados del Beth Israel Deaconess Lahey, según se establece en el Apéndice 5 de su respectiva Política de Asistencia Financiera:

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

Solo para el personal	
Aplicación recibida por:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>
Fecha de recepción:	