

Solicitud de asistencia médica y financiera confidencial

Establecimiento:	No. de Cta.:	Nombre del paciente:	No. de S.S:	Fecha de nacimiento:
Domicilio del paciente:				
Teléfono particular del paciente:			Teléfono del trabajo del paciente:	
Tipo de servicio: (marque uno) ER (emergencia) OP (ambulatorio) IP (internado)			Fecha de servicio: ____ / ____ / ____ hasta ____ / ____ / ____	

SECCIÓN A: SELECCIÓN PARA LA ASISTENCIA MÉDICA – Marque con un círculo la “S” para sí o la “N” para no.

- | | |
|--|--|
| <p>1. ¿El paciente es menor de 21 o mayor de 65 años? S / N</p> <p>2. ¿El paciente es padre/madre soltero/a de un hijo menor de 21 años? S / N</p> <p>3. ¿El paciente tiene la guarda o tutela de un menor de 21 años? S / N</p> <p>4. ¿El paciente es padre/madre casado/a de un hijo menor? S / N
<i>Si la respuesta es afirmativa, ¿el paciente tiene una discapacidad por 30 días?</i></p> | <p>5. ¿La paciente está embarazada o su admisión se relacionó con un embarazo? S / N</p> <p>6. ¿El paciente estará potencialmente discapacitado por 12 meses? S / N</p> <p>7. ¿El paciente es víctima de un delito? S / N</p> <p>8. ¿El paciente tiene una póliza de seguros o “COBRA” cuya prima estuviera vencida? S / N</p> |
|--|--|

SECCIÓN B

Para determinar las calificaciones para cualquier descuento o programas de asistencia, se necesita la siguiente información.

PARTE RESPONSABLE /GARANTE

Parte responsable:		Relación con el paciente:	
No. de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:		
Domicilio particular:		Teléfono No.:	
Domicilio del trabajo:		Teléfono No.:	
Ingresos brutos: \$	Marque uno- <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por quincena <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año		
	Horas por semana:		
Si el ingreso es \$0/ está desempleado, ¿cuál es su medio de vida?	<input type="checkbox"/> Vive de ahorros/pensión anual <input type="checkbox"/> Vive con los padres/familiares/amigos <input type="checkbox"/> Sin techo <input type="checkbox"/> Asilo <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Otros		

CÓNYUGE (Esposo/a)

Parte responsable:		Relación con el paciente:	
No. de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:		
Domicilio particular:		Teléfono No.:	
Domicilio del trabajo:		Teléfono No.:	
Ingresos brutos: \$	Marque uno- <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por quincena <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año		
	Horas por semana:		

SECCIÓN C: DECLARACIÓN JURADA DE “SIN TECHO” (HOMELESS)

Yo, _____, certifico por el presente que: no tengo vivienda, carezco de domicilio permanente, no tengo trabajo, ni ahorros, ni bienes y que no cuento con ningún otro ingreso más que las potenciales donaciones de terceros.

Iniciales del paciente/garante

TESTIMONIO DE FIDELIDAD

Por el presente admito que toda la información provista en este documento es veraz y correcta. Entiendo que el suministro de información falsa resultará en el rechazo de la presente solicitud. Por otra parte, según los estatutos locales o estatales, suministrar información falsa para estafar a un hospital, con el objeto de obtener productos o servicios puede considerarse un delito. Asimismo admito y acepto que se puede obtener un informe de crédito o tomar cualquier otra medida similar tendiente a verificar la información que aquí se ha provisto. Entiendo plenamente que los programas de Riverside University Health System Charity Care constituyen un “Último recurso como fuente de pago” y por este medio confirmo todas las cesiones de beneficios y derechos previos, que pueden incluir las acciones de responsabilidad civil, reclamos por lesiones personales, cancelaciones y todos y cualesquier beneficios del seguro que puedan resultar pagaderos por competencia o lesiones, para las que Riverside University Health System o sus subsidiarias hubieran prestado servicios.

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR

FECHA

¿A solicitado alguien en su hogar el programa de MISP? Sí No

Si contesto "Sí", Nombre: _____ Parentesco: _____

Anóte a **TODAS LAS PERSONAS VIVIENDO EN LA CASA DONDE USTED VIVE** incluyéndose usted, su esposo(a), su pareja y sus dependientes.

<u>Nombres y Apellidos</u>	<u>No de Seguro Social (SI LO SABE)</u>	<u>Sexo</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Parentesco</u>
1.		M/F		
2.		M/F		
3.		M/F		
4.		M/F		
5.		M/F		
6.		M/F		
7.		M/F		
8.		M/F		
9.		M/F		

¿Está usted, su esposo(a), su pareja o sus dependientes trabajando? Sí No

Persona trabajando	Cada cuanto tiempo le pagan	Horas trabajadas por semana	Días trabajados por semana	Ingresos brutos por mes
1)				
2)				
Nombre de la Compañía		Dirección de la Compañía		
1)				
2)				

Fecha cuando usted, su esposo(a) o pareja empezaron a trabajar para esa compañía: _____

¿Cuándo fue la última vez que declaró sus impuestos anuales (Taxes)? _____

¿Esta usted, su esposo(a), su pareja o sus dependientes trabajando por su cuenta? Sí No

Persona trabajando	Tipo de Negocio	¿Negocio en Casa?	Ingresos estimados al mes después de gastos del negocio
1)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	