

## Solicitud de Asistencia Financiera

Tufts Medical Center se enorgullece de ofrecer la mejor atención a cada paciente. Tufts MC ofrece asistencia financiera a través de su Política de asistencia financiera a los pacientes que no son capaces de pagar la atención de emergencia y médicamente necesaria. La asistencia financiera de Tufts MC no está destinada a cubrir la atención que no sea médicamente necesaria. Tampoco está destinada a brindar descuentos en los copagos, coaseguro ni deducibles del seguro.

Se espera que los pacientes que poseen los medios paguen los servicios que reciben en Tufts MC. Sin embargo, usted tiene a su disponibilidad la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Se recomienda mucho a los pacientes que soliciten cualquier programa de asistencia del gobierno que esté disponible, como MassHealth, ConnectorCare o Health Safety Net antes de solicitar el Programa de Asistencia Financiera de Tufts MC. **Si no solicita un programa de asistencia del Gobierno para el cual podría calificar podría ocasionar una demora o la denegación de su solicitud.** Si necesita ayuda para solicitar los programas de asistencia del Gobierno, uno de nuestros coordinadores financieros de Tufts MC puede ayudarle.

Su calificación para el programa de asistencia financiera depende de que llene de manera completa y exacta esta Solicitud de Asistencia Financiera.

### ■ INSTRUCCIONES

Llene completamente la Solicitud de Asistencia Financiera e incluya copias de los siguientes documentos para todos los solicitantes. No enviar todos los documentos en un plazo de 30 días ocasionará la denegación de la solicitud. Adjunte copias de todos los documentos que envíe, ya que desafortunadamente, no podemos devolverlos.

- Llene todas las secciones correspondientes de la solicitud y asegúrese de **firmar la declaración jurada de la página 4**
- Incluya una copia de su **licencia de conducir, otro documento de identificación con foto o documentos para comprobar su residencia actual.** Cualquier documento que nos envíe debe incluir su nombre.
- Incluya una copia de su(s) **tarjeta(s) de seguro**
- Incluya alguna forma de **verificación de ingresos:**
  - Incluya una copia de su formulario **W-2(s)** más reciente
  - Si recientemente ocurrió un **cambio en sus ingresos**, incluya documentación, tal como boletas de pago recientes (al menos 4), declaraciones de desempleo, estados de cuenta de banco/inversión, y/o declaraciones del Seguro Social
- Si el paciente ha **fallecido**, proporcione una copia del certificado de fallecimiento y una carta indicando el estado patrimonial

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Coordinación Financiera de Tufts MC en:

[tuftsmedicalcenter.org/financialassistance](https://tuftsmedicalcenter.org/financialassistance)

617-636-6013

o en persona, en las siguientes ubicaciones de Tufts Medical Center:

- Biewend Building, 1st Floor  
260 Tremont Street  
Boston, MA 02111
- Proger Building, 1st Floor  
800 Washington Street  
Boston, MA 02111
- Emergency Dept., 1st Floor  
800 Washington Street  
Boston, MA 02111
- Floating Hospital for Children, 1st Floor  
755 Washington Street  
Boston, MA 02111

Envíe su solicitud llena a:

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

### 1 ACERCA DEL PACIENTE/SOLICITANTE

Llene esta sección acerca del paciente y/o el solicitante.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA: Incluya documentación para verificar su residencia: licencia de conducir, otro documento de identificación con foto o documentos para comprobar su residencia actual. Cualquier documento que nos envíe debe incluir su nombre.

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

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente      LL/LL/LLLL

Número de Seguro Social del paciente      LLL/LL/LLLL

Número de expediente médico del paciente \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Teléfono del solicitante \_\_\_\_\_

Dirección del solicitante \_\_\_\_\_

Formato de Fecha de nacimiento:  
MM/DD/AAAA

### ACERCA DE SU GRUPO FAMILIAR

Enumere a todos los miembros del grupo familiar, su fecha de nacimiento y su relación con el solicitante.

#### Miembro 1 del grupo familiar

Fecha de nacimiento      LL/LL/LLLL

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

#### Miembro 2 del grupo familiar

Fecha de nacimiento      LL/LL/LLLL

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

#### Miembro 3 del grupo familiar

Fecha de nacimiento      LL/LL/LLLL

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

#### Miembro 4 del grupo familiar

Fecha de nacimiento      LL/LL/LLLL

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

#### Miembro 5 del grupo familiar

Fecha de nacimiento      LL/LL/LLLL

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Sí     No      ¿Es ciudadano de los Estados Unidos?

Sí     No      Si la respuesta es NO, ¿es residente permanente, reside legalmente en los Estados Unidos\*?

\*si el paciente es residente permanente, proporcione una copia de la documentación oficial.

## 2 INFORMACIÓN DEL SEGURO

Llene esta sección acerca del seguro del paciente.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA: Si corresponde, incluya una copia de las tarjetas de seguro del paciente, notificaciones de Medicaid, notificación de los servicios no cubiertos, documentación de limitaciones de la red. Cualquier documento que nos envíe debe incluir su nombre.

Sí  No ¿Ha enviado alguna solicitud de Medicaid en los últimos 6 meses?

Sí  No ¿Tiene alguna solicitud de Medicaid pendiente o aprobada?

Sí  No ¿Le han denegado una solicitud de Medicaid?

Sí  No ¿Tiene seguro médico?

Sí  No ¿Cubre su plan los servicios de Tufts Medical Center?

Sí  No ¿Hay algún servicio específico que no esté cubierto por su compañía de seguros?

Si la respuesta es sí, describa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

Nombre del seguro \_\_\_\_\_

Dirección del seguro \_\_\_\_\_

Política/N.º de identificación

N.º de grupo \_\_\_\_\_

Suscriptor \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor   /   /

Relación con el suscriptor \_\_\_\_\_

Empleador del suscriptor \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia   /   /

### INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Nombre del seguro \_\_\_\_\_

Dirección del seguro \_\_\_\_\_

Política/N.º de identificación

N.º de grupo \_\_\_\_\_

Suscriptor \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor   /   /

Relación con el suscriptor \_\_\_\_\_

Empleador del suscriptor \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia   /   /

### 3 INGRESOS BRUTOS MENSUALES Y ACTIVOS

Llene esta sección acerca de los ingresos ganados y activos del paciente y cada miembro del grupo familiar que trabaje enumerado en la Sección 1. Indique los ingresos brutos, que son los ingresos antes de los impuestos y deducciones.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA: Incluya documentos para verificar estos ingresos: boletas de pago, impuestos sobre la renta, declaración W2, estado de cuenta de banco, declaración de corretaje y otra constancia.

La Sección 3 se puede dejar en blanco si el paciente y los miembros de su grupo familiar no tienen ingresos devengados o activos.

#### INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR

	PACIENTE	MIEMBRO 1 DEL GRUPO FAMILIAR	MIEMBRO 2 DEL GRUPO FAMILIAR	MIEMBRO 3 DEL GRUPO FAMILIAR	MIEMBRO 4 DEL GRUPO FAMILIAR	(SOLO PARA USO DEL CENTRO)
Sueldos/Salario/Propinas						
Compensación por desempleo						
Seguro Social						
Manutención de menores + Pensión alimenticia						
Ingresos como empleado independiente						
Ingresos por intereses/dividendos						
Pensión						
IRA/Acciones/Bonos						
Ingresos por alquiler						
Pagos de fideicomiso						
Compensación de los trabajadores						
Beneficios de veteranos						

#### FALTA DE DECLARACIÓN DE INGRESOS

Si **no tiene ingresos** y recibe apoyo financiero de otra persona, pídale que llene y firme la siguiente declaración.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 actualmente no tiene ingresos. Actualmente le doy apoyo con alimentos, albergue y la ropa necesaria. También le proporciono ayuda financiera por un monto de \$ \_\_\_\_\_ en promedio mensual.

Firma del patrocinador \_\_\_\_\_

Fecha     /    /    

#### ACTIVOS DEL GRUPO FAMILIAR: CUENTAS DE CHEQUES Y DE AHORRO

TIPO DE CUENTA	BANCO/INSTITUTO	SALDO

Tipo de cuenta: cheques o ahorros.

**OTROS ACTIVOS CONTABLES DEL GRUPO FAMILIAR**

TIPO DE CUENTA	BANCO/INSTITUTO	SALDO
Acciones/Bonos		
Certificado de depósito		
Bonos de ahorros de EE. UU.		
Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA)		
Certificado de ahorros		
Navidad y clubes de vacaciones		
Otros		

**4 DIFICULTADES ECONÓMICAS CON GASTOS MÉDICOS**

Es posible que esta sección no se aplique a su caso. Llene esta sección si tiene facturas de gastos médicos significativos. Enumere los gastos de atención médica de Tufts Medical Center y otros proveedores. Podría solicitarse documentación, pero en este momento no es necesaria.

GASTOS MÉDICOS	MONTO TOTAL	¿CON QUÉ FRECUENCIA OCURRE ESTE GASTO?	(SOLO PARA USO DEL CENTRO)
		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	

**DECLARACIÓN JURADA: DEBEN FIRMARLA TODOS LOS SOLICITANTES**

Juro (o afirmo) que toda la información indicada en este formulario es verdadera, correcta y completa a mi mejor saber y entender. Me comprometo a reportar a Tufts Medical Center en el plazo de una semana, sobre todos los cambios en mis ingresos, recursos financieros o cualquier otra información indicada en este formulario que pueda afectar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera en Tufts Medical Center. Entiendo que mi información sobre créditos y demás información financiera puede ser consultada para verificar mi declaración y elegibilidad para el programa. Entiendo que tengo 30 días para enviar la documentación de respaldo exacta y necesaria para que me tomen en cuenta para un descuento.

Todos los solicitantes deben firmar la declaración jurada para que se pueda tomar en cuenta su solicitud.

Las declaraciones fraudulentas realizadas por el paciente con el fin de obtener asistencia financiera se remitirán a la oficina del Fiscal General de Massachusetts. Los pacientes que falsifiquen una solicitud del programa ya no podrán ser elegibles para el programa y serán responsables de pagar todos los gastos incurridos durante el tiempo que estuvieron inscrito en el programa, de manera retroactiva, desde el primer día que se incurrió en gastos en el programa.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha          /    /