

Anexo C

Solicitud de Asistencia Financiera de Main Line Health

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento del paciente _____

Dirección: _____
Número y calle Ciudad Estado Código postal País

SSN# (últimos cuatro dígitos) _____ Fecha(s) de servicio _____

Por la presente certifico que no tengo la capacidad de pagar el tratamiento hospitalario u otros servicios, incluidos, entre otros, Laboratorio, Radiología, etc. en la fecha indicada anteriormente.

Entiendo que al firmar este documento, estoy solicitando Asistencia financiera. Proporcionaré de inmediato la información necesaria para procesar mi solicitud. Además, solicitaré cualquier asistencia (Medicaid, Medicare, Seguro, etc.) que pueda estar disponible para mí para el pago de mis gastos hospitalarios. Proporcionaré información y tomaré las medidas razonablemente necesarias para obtener dicha asistencia y asignaré o pagaré al hospital la cantidad recuperada de los cargos hospitalarios.

Si alguna información que he proporcionado resulta ser falsa, entiendo que el hospital puede reevaluar mi estado financiero y podría ser responsable de pagar mis cargos hospitalarios.

Última fecha de empleo: _____

Empleador: _____
Nombre Dirección

Tamaño de la familia (obligatorio) _____

Ingresos anuales estimados (obligatorios): _____

Ingresos estimados de los últimos 3 meses (obligatorios): _____

Incluya la verificación de la información de ingresos para incluir

- la declaración de impuestos del año en curso,
 - incluido el Anexo C (si corresponde) del formulario 1040
- Si las declaraciones de impuestos no están disponibles, comuníquese con nuestra oficina comercial para discutir sus circunstancias específicas.

Certifico que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

***Envíe por correo la solicitud completada a la siguiente dirección
(Tenga en cuenta: la solicitud no se puede dejar personalmente en esta dirección)***

Main Line Health - 3803 West Chester Pike, Suite 250, Newtown Square, PA 19073

Las solicitudes también pueden enviarse por fax al 484-227-9005 O dejarse directamente en una de nuestras oficinas de asesoramiento financiero ubicadas en cualquiera de nuestros hospitales.

Si tiene preguntas, comuníquese con la Oficina Comercial de MLH al: 484-337-1970 o solicite hablar con un representante en la Oficina de Asesoramiento Financiero de MLH en cada hospital.