PRISMA HEALTH®

Solicitud de Ayuda Financiera

Información del paciente si es menor de 18 años:

Nombre del paciente *(Apellido, Nombre, Segundo nombre)*	**Número de Seguro Social**	**FDN**

Fiador o persona responsable

Nombre *(apellido, nombre, segundo nombre)*	Número de Seguro Social	FDN. *(MM, DD, AAAA)*
Dirección	Ciudad	Estado, código postal
Teléfono	Número de personas en el hogar (paciente, cónyuge y dependientes)	Estado civil
Situación laboral: ☐ Tiempo completo ☐Medio tiempo ☐ Trabajador por cuenta propia ☐Desempleado ☐Estudiante ☐Discapacitado	Si está desempleado, última fecha de trabajo: ____/____/____	
Nombre del empleador:	Promedio mensual de ingresos brutos:	

Dependientes legales como se los reclamó en la declaración de impuestos (use una hoja separada para dependientes adicionales)

Relación o parentesco	**Nombre completo** (*apellido, nombre, segundo nombre*)	**Fecha de nacimiento *(MM, DD, AAAA)***	**Ingresos mensuales (Si corresponde)**
Cónyuge/Pareja			
Hijo(a)			**N/A**
Hijo(a)			**N/A**

Si en esta solicitud hay algún ingreso relacionado con el trabajo por cuenta propia, debe proporcionarnos la declaración de impuestos más reciente.

Información sobre la cobertura (debe llenarse cada sección)

Tengo un(a) ☐Demanda legal ☐ Acuerdo judicial ☐Reclamo por daños personales ☐Reclamo de responsabilidad

☐Reclamo de compensación al trabajador ☐Ninguno

Nombre del abogado/firma(despacho) _____

Seguro médico disponible a través de: ☐Mi empleador ☐Empleador del cónyuge ☐Cobra ☐Marketplace ☐Padres ☐Ninguno

Información del seguro _____

¿Ha solicitado usted o un miembro de su familia Medicaid en los últimos 3 meses? ☐Sí ☐ No

Quién lo solicitó_____Condado en qué lo solicitó _____

Fecha de la solicitud_____Nombre del encargado del caso_____

He solicitado beneficios del Seguro Social por incapacidad. ☐Sí ☐No
Si los ha solicitado, estado de la solicitud: ☐Negada ☐Apelación ☐Nivel de abogado ☐Pendiente ☐Aprobada
Si se le ha otorgado recientemente, adjunte la carta actual de aprobación del Seguro Social o la carta de aprobación de beneficios por incapacidad para el cónyuge y cualquier hijo

Otras fuentes de ingresos (no mencionadas anteriormente)

Descripción del ingreso	Cantidad mensual del ingreso
Intereses/Dividendos/Inversiones	
Desempleo, indemnización por accidente laboral	
Pensión/Jubilación/Seguridad Social	
Ingresos por alquiler/propiedad	

Cuenta(s) bancaria(s) (p.ej.: acciones, bonos, ahorros, otras inversiones)

Fuente	Saldo
Cuenta de cheques	
Cuenta de ahorros	
Cuenta del mercado monetario	
Otra	

☐ **No tengo una cuenta de cheques, de ahorros, ni del mercado monetario**

Tenga en cuenta que si no llena todas las secciones de este formulario, podría rechazarse la solicitud.

Atestación

Entiendo que esta solicitud se limita a los servicios prestados por Prisma Health. No es válida para los servicios prestados por otros que puedan haber participado en mi atención. Entiendo que no todos los servicios médicos de Prisma Health cumplen con los requisitos para la ayuda financiera.

Prisma Health se reserva el derecho de revertir la aprobación de ayuda financiera y solicitar reembolsos o cobranzas alternativas como resultado de información recientemente descubierta, incluyendo la cobertura del seguro, pagos al solicitante o la presentación por parte del solicitante de una demanda por lesiones personales relacionada con los servicios recibidos o solicitados. Todos los pagos recibidos por Prisma Health después de la asignación de la ayuda financiera resultarán en la reversión de los montos ajustados para eliminar el saldo restante del pago por cuenta propia sin crear un saldo a pagar o un saldo a cobrar.

Por la presente certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede dar lugar a la negación de esta solicitud. Si en algún momento se determina que la información proporcionada en esta solicitud es incorrecta, la ayuda financiera que me proporciona Prisma Health puede ser revocada y seré responsable del saldo original de la cuenta. Además, entiendo que, si la información que he proporcionado cambia, lo notificaré de inmediato a Prisma Health.

Firma del paciente/persona responsable	Fecha de hoy *(MM, DD, AAAA)*

Regrese esta solicitud a:

Prisma Health
Financial Assistance
P.O. Box 743904
Atlanta, GA 30374-3904