

Solicitud

de Asistencia Financiera

Nombre del Paciente (<i>Apellido, Nombre, Segundo Nombre</i>)		Número de Seguro Social
Residente de Carolina del Sur: Sí No	Visa de Viaje: Sí No	
Ciudadano de EEUU: Sí No	Número de Expediente Médico (solo para uso administrativo):	

Paciente o Persona Responsable (Si el paciente es menor de 18 años de edad)

Nombre (<i>Apellido, Nombre, Segundo Nombre</i>)		Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (<i>MM, DD, AAAA</i>)
Dirección		Ciudad	Estado, Código Postal
Teléfono	Integrantes de la Familia (Paciente, Cónyuge y Dependientes)		Estado Civil
Condición Laboral: Independiente Incapacitado	Tiempo Completo Desempleado	Tiempo Parcial Estudiante	Trabajo Veterano
Cuánto Tiempo ha Estado Empleado	Cuánto Tiempo ha Estado Desempleado (<i>MM, DD, AAAA</i>)	Salario/Ingresos	Nombre del Empleador
			¿Ha sido reclamado en otra declaración de impuestos? Sí No (Si es afirmativo, proporcione las declaraciones de impuestos de quienes lo están reclamando)
Residente de Carolina del Sur: Sí No	Visa de Viaje: Sí No		
Ciudadano de E.E.U.U.: Sí No			

Cónyuge/Compañero de Vida

Nombre (<i>Apellido, Nombre, Segundo Nombre</i>)		Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (<i>MM, DD, AAAA</i>)
Condición Laboral: Independiente Incapacitado	Tiempo Completo Desempleado	Tiempo Parcial Estudiante	Autónomo Veterano
Cuánto Tiempo ha Estado Empleado	Cuánto Tiempo ha Estado Desempleado (<i>MM, DD, AAAA</i>)	Salario/Ingresos	Nombre del Empleador

Dependientes Legales como los reclamó en la declaración de impuestos (Si tiene más de 4 dependientes use una página separada)

Nombre Completo (<i>Apellido, Nombre, Segundo Nombre</i>)	Relación	Fecha de Nacimiento (<i>MM, DD, AAAA</i>)

Información de Cobertura

Yo he Solicitado asistencia médica federal o estatal	Verifiqué la elegibilidad mi plan de intercambio de salud	Ninguno
Razón _____		
Tengo un(a) Demanda	Acuerdo	Demanda Por Lesión Personal
Demanda por Compensación Laboral		Ninguno(a)
Nombre del Abogado _____		
El seguro está disponible a través de:	Mi empleador	Empleador del cónyuge
Información del Seguro _____	Cobra	Ninguno
¿Ha solicitado usted o un miembro de su familia Medicaid en los últimos 3 meses? Sí No		
Quien lo solicitó _____ Condado donde se solicitó _____		
Fecha de la Solicitud _____ Nombre del Encargado del Caso _____		

He solicitado Seguro Social por Incapacidad. Sí No
Si lo solicitó, Estado: Negado Apelación Nivel de Abogado Pendiente Aprobado
Si fue otorgado recientemente, adjunte la carta de concesión actual del seguro social o la carta de adjudicación del beneficio de incapacidad dirigida al cónyuge y a cualquier hijo

Cuenta(s) de Banco (p.ej. 401k, 403b, Mercado Monetario, CD, Acciones, Bonos, Ahorros, Otras Inversiones)

Nombre de la Compañía	Tipo de Cuenta/Valor	Nombre de la Compañía	Tipo de Cuenta/Valor

Propiedad

Tipo	Detalle	Valor Estimado	Saldo Pendiente
Residencia Primaria	Propia Rentada		
Residencia Secundaria/Casa para Vacaciones			
Terreno (número de acres)			
Propiedad de Renta			
Negocio/Equipo Agrícola			
Otro/Vehículo(s) Recreativo(s)			

Fuentes de Ingreso (Proporcione documentación para cualquiera de los siguientes)

Descripción del Ingreso	Fuente	Cantidad del Ingreso Mensual
Interés/Dividendos		
Pensión/Retiro		
Renta/Propiedad		
Inversiones		
Trabajo Independiente (requiere Declaración de Impuestos de Negocio e Individual)		

Otro		
------	--	--

Atestación

Yo entiendo que esta solicitud cubre solamente servicios provistos por el Prisma Health. Esto no incluye los servicios proporcionados por otras personas que puedan haber asistido en mi cuidado. Entiendo que no todos los servicios médicos en Prisma Health califican para asistencia financiera.

Prisma Health se reserva el derecho de revocar la aprobación de asistencia financiera y perseguir alternativamente un reembolso o una recolección como resultado de una información descubierta recientemente, incluyendo cobertura del seguro, pago al solicitante, o la persecución del solicitante de una reclamación por lesión personal relacionada a los servicios recibidos o solicitados. Todos los pagos recibidos por Prisma Health después de haber concedido asistencia financiera, resultarán en la reversión de las cantidades ajustadas para solventar el saldo restante del pago debido por cuenta propia, sin crear un saldo débito ni un saldo crédito.

Por medio de la presente certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber. Yo entiendo que el proporcionar información incorrecta puede resultar en la denegación de esta solicitud. Si se determina en cualquier momento que la información proporcionada en esta solicitud es incorrecta, la asistencia financiera que me está proporcionando Prisma Health podría ser revocada y seré responsable por el saldo original de la cuenta. También entiendo que si cualquier información que yo proporcioné cambiara, yo inmediatamente le notificaré al Prisma Health.

Firma del Paciente/Persona Responsable	Fecha (MM, DD, AAAA)
--	----------------------

Regrese la solicitud a:
Financial Assistance
255 Enterprise Boulevard, Ste. 250
Greenville, S.C. 29615