



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Para que Roosevelt General Hospital (RGH) complete el proceso de asistencia financiera, este formulario debe completarse y devolverse con los documentos de respaldo. Envíe el formulario y los documentos visitando RGH Financial Counselors en 42121 US Hwy 70, Portales; o envíe un fax al (575) 356-9200; o por correo a RGH, a la atención de: Financial Counselors, PO Box 868, Portales, NM 88130.

SECCIÓN I. INFORMACIÓN DEL APLICANTE

Nombre (Apellido, Primero, Segundo)		El mejor # de teléfono para contactarte		# de Teléfono Alternativo	
		(C, C, T)		(C, C, T, O)	
Dirección Donde Vives (Calle)		Ciudad	Estado	Codigo Postal/ Condado	
Dirección de Envío (Calle or Caja Postal)		Ciudad	Estado	Codigo Postal/ Condado	
Correo Electrónico	¿Has recibido ayuda financiera antes? _____				
	Si		No		

SECCIÓN II. TAMAÑO FAMILIAR E INGRESOS

Tamaño Familiar

(Complete los espacios a continuación con información sobre usted y todos los demás que viven en su hogar y se consideran dependientes)

Nombre (apellido, primero, segundo)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)	Relacion Contigo	Embarazada	Persona que solicita asistencia
		Yo mismo	Sí No	Sí No
			Sí No	Sí No
			Sí No	Sí No
			Sí No	Sí No
			Sí No	Sí No
			Sí No	Sí No

Ingresos

(Enumere todos los ingresos recibidos de todas las fuentes para todos los miembros de su hogar ... tendrá que presentar una prueba actualizada de todas las fuentes de ingresos.)

Nombre de la persona que recibe dinero	Fuente de ingreso	Cantidad bruta de ingresos	Con que frecuencia recibe su pago

SECCIÓN III. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

IMPORTANTE ----- LEA CUIDADOSAMENTE Y COMPLETAMENTE

- Por la presente, presento la declaración anterior con el propósito de permitir que el Hospital General de Roosevelt evalúe mi estado financiero y determine mi elegibilidad para varios programas de asistencia financiera.
- Por la presente doy fe de que la información que he proporcionado aquí es verdadera y correcta. Las declaraciones que he hecho, incluidas mis respuestas a todas las preguntas, son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.
- Entiendo que esta solicitud es un documento legal y que si se determina que esta información es falsa y engañosa, se me negará la asistencia y seré responsable del pago de los cargos de todos los servicios prestados.
- Entiendo que esta solicitud de asistencia financiera no se aplica a otros proveedores de atención médica fuera de RGH Clinics and Hospital o para servicios que no se consideran médicamente necesarios.
- Estoy de acuerdo en informar cualquier cambio dentro de los **14 días** a partir de la fecha del cambio, como: ingresos, dirección (domicilio o correo), personas que viven conmigo, cobertura de salud, dirección de correo electrónico, número de teléfono. Si nos proporciona su dirección de correo electrónico, acepta recibir correspondencia de RGH sobre la asistencia financiera y la elegibilidad de su hogar.
- Si no tiene la documentación requerida, infórmenos ya que es posible que podamos aceptar una forma alternativa de documentación para satisfacer el requisito.
- Me han dicho y entiendo que esta solicitud se considerará sin importar la raza, el color, la religión, el credo, el origen nacional, la edad, el sexo, la discapacidad o la creencia política; que puedo solicitar una revisión de la decisión tomada en mi solicitud o recertificación de asistencia; y que puedo solicitar oralmente o por escrito, una decisión justa sobre las acciones que afectan la recepción o finalización del programa de asistencia financiera.
- Al solicitar asistencia financiera, también acepto aceptar la responsabilidad de pago por cualquier monto adeudado de mi parte como resultado de cualquier subvención parcial, que puede ser otorgada. Mi firma a continuación autoriza la divulgación de información a los proveedores y contratistas de RGH, RGH, agencias estatales y federales, o programas de asistencia al paciente y para revisar los registros.

(Firma del Paciente / Garante)

(Fecha)

(Firma del Cónyuge / Pareja Significativo)

(Fecha)

For Internal Use Only:

Account Number	Facility	Amount of W/O	Account Number	Facility	Amount of W/O

Approved: _____ yes _____ no _____ % date of approval: _____

HH members approved: _____

Denied: _____ yes _____ no date of denial: _____

Reason for denial: _____