

**Solicitud de asistencia financiera de Mass General Brigham**

Imprima y complete todas las secciones de la solicitud que se apliquen a usted. **Esta solicitud no se puede completar electrónicamente.** Lea todas las instrucciones antes de completar la solicitud.

Esta solicitud se usa para evaluar su elegibilidad para recibir asistencia financiera en las facturas médicas de los proveedores de Mass General Brigham. Puede usar esta solicitud para solicitar ayuda con las facturas de atención médica de cualquiera de las siguientes entidades de Mass General Brigham:

Massachusetts General Hospital	Massachusetts General Physicians Organization
Brigham and Women’s Hospital	Brigham and Women’s Physicians Organization
Salem Hospital	North Shore Physicians Group
Newton-Wellesley Hospital	Newton-Wellesley Medical Group
Brigham and Women’s Faulkner Hospital	Martha’s Vineyard Hospital
Mass Eye and Ear	Mass Eye and Ear Associates
Nantucket Cottage Hospital	Nantucket Cottage Medical Group
Cooley-Dickinson Hospital	Cooley-Dickinson Medical Group
Spaulding Rehabilitation	McLean Hospital
Wentworth-Douglass Hospital	Wentworth Health Associates

La asistencia financiera de Mass General Brigham no se considera un sustituto de la inscripción en ningún programa de seguro de salud o plan de asistencia disponible. Si bien el programa cubre todos los servicios médicamente necesarios, los descuentos varían según el tipo de servicios prestados y el lugar donde se brindó la atención. Consulte la política completa en nuestro sitio web para obtener detalles sobre lo que está cubierto. Esta es una lista parcial de los servicios que normalmente se excluyen.

- Denegaciones fuera de la red
- Cirugía cosmética
- Servicios de infertilidad (Tecnología de reproducción asistida y fertilización in vitro)
- La mayoría de la atención que no es médicamente necesaria, incluidos los servicios de bypass gástrico
- Artículos de conveniencia para el paciente que incluyen adaptaciones prémium
- Servicios designados como “Solo pago por cuenta propia”

**No solicitar un programa de asistencia del gobierno para el que potencialmente califica, podría dar como resultado un retraso o la denegación de su solicitud.** Si necesita ayuda para solicitar programas de asistencia del gobierno, uno de nuestros asesores financieros de Mass General Brigham puede ayudarle.

Debe divulgar completamente cualquier otra cobertura, reclamo de responsabilidad de terceros, cobertura de vehículo motorizado o cobertura de indemnización por accidente de trabajo para ser considerado.

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, comuníquese con [Servicios Financieros para Pacientes](#) de su hospital o llame al (617) 726-3884.

**Solicitud de asistencia financiera de Mass General Brigham****Lista de verificación de la solicitud**

- Complete todas las secciones correspondientes de la solicitud; una sección indicará si puede dejarse en blanco.
- Incluya una copia de su licencia de conducir, otra identificación con fotografía o documentos que verifiquen su residencia actual. Todo lo presentado debe incluir su nombre (Sección 1).
- Incluya alguna forma de verificación de ingresos (Sección 3 y Sección 4).
  - Incluya una copia de su IRS 1040 o 1040A más reciente.
  - Si ha habido un cambio reciente en sus ingresos, incluya documentación como talones de cheques recientes (mínimo 4), declaraciones de desempleo, estados de cuenta bancarios/declaraciones de inversión y/o declaraciones del seguro social.
- Si su familia supera el 300% del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) actual de los Estados Unidos, también debe completar la Sección 5. Usted supera el 300% del FPL si sus ingresos superan los siguientes límites:

Tamaño de la familia	1	2	3	4	5
FPL de 2020	\$37,470	\$50,730	\$63,990	\$77,250	\$90,510

- Los activos pueden usarse para determinar su potencial para pagar sus facturas médicas. Deberá proporcionar información sobre sus activos si alguno de lo siguiente se aplica a usted (Sección 6):
  - Su residencia permanente se encuentra fuera de los Estados Unidos
  - Solicita un descuento por un servicio que generalmente no es elegible (por ejemplo, atención que no es de emergencia, copagos, coseguro y deducibles)
  - Solicita un descuento en McLean Hospital, Partners HealthCare at Home o en un centro de Spaulding Network.
- Devuelva las solicitudes completadas directamente a uno de los [asesores financieros para pacientes de PHS](#) O envíelas por correo postal a:

Mass General Brigham  
Patient Billing Solutions  
399 Revolution Drive, Suite 410  
Somerville, MA 02145-1462

**Para garantizar una rápida revisión de su solicitud, complete todas las secciones a menos que se indique lo contrario. Se retrasará el procesamiento de la solicitud si usted no incluye la información o documentación requerida.**

**Solicitud de asistencia financiera de Mass General Brigham**
**1. Información básica**

Complete esta sección con respecto al solicitante. El solicitante es el paciente o la persona económicamente responsable del paciente.

**Documentación requerida:** Incluya la documentación que verifique la residencia: licencia de conducir, otra identificación con fotografía o documentos que demuestren su residencia actual. Todo lo presentado debe incluir su nombre.

<b>Apellido</b>	<b>Primer nombre</b>	<b>Inicial del segundo nombre</b>
<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Sexo</b> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
<b>Números de teléfono</b> Casa: (    ) Trabajo: (    ) Celular: (    )	<b>Dirección postal</b> (incluya ciudad, estado y código postal)	
<b>Nombre del paciente</b> <i>(si es diferente al del solicitante)</i>	<b>Fechas de servicio del paciente</b> (incluya el lugar donde se brindaron los servicios)	
<b>Fecha de nacimiento del paciente</b> <i>(si es diferente a la del solicitante)</i>		
<b>Número de registro médico (MRN) y número de cuenta (estado de cuenta) del paciente</b>		

**Solicitud de asistencia financiera de Mass General Brigham**
**2. Información de la familia**

Si corresponde, enumere el cónyuge y los hijos menores de 19 años del solicitante que viven con el solicitante. Esta sección puede dejarse en blanco si el solicitante no vive con su cónyuge o hijos.

Nombre del miembro de la familia	Parentesco	Fecha de nacimiento

**3. Ingresos percibidos**

Complete esta sección con respecto a los ingresos percibidos del solicitante y cada miembro del hogar enumerado en la Sección 2 que trabaja. **Enumere los ingresos brutos, que son los ingresos antes de impuestos y deducciones.** Esta sección puede dejarse en blanco si el solicitante y los miembros de su hogar no tienen ingresos percibidos.

**Documentación requerida:** Incluya la documentación que verifique estos ingresos: talones de pago, impuestos sobre la renta, declaraciones W2, estados de cuenta bancarios u otro comprobante.

Nombre del miembro de la familia que trabaja	Nombre y dirección del empleador	Monto bruto percibido	Frecuencia <i>marque uno</i>	Solo para uso del centro
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	

**Solicitud de asistencia financiera de Mass General Brigham**
**4. Otros ingresos**

Complete esta sección con respecto a otros ingresos del solicitante y cada miembro del hogar enumerado en la Sección 2 que recibe otros ingresos. Otros ingresos son el dinero que recibe que no proviene de un empleador. **Enumere los ingresos brutos, que son los ingresos antes de impuestos y deducciones.** Esta sección puede dejarse en blanco si el solicitante y los miembros de su hogar no tienen otros ingresos.

**Documentación requerida:** Incluya la documentación que verifique estos ingresos: talones de pago, impuestos sobre la renta, declaraciones W2, estados de cuenta bancarios u otro comprobante.

Tipo de ingresos	Miembro(s) de la familia que recibe(n) ingresos	Monto bruto recibido	Frecuencia <i>encierre uno en un círculo</i>	Solo para uso del centro
Desempleo			Semanal, Mensual, Anual	
Seguro Social			Semanal, Mensual, Anual	
Beneficios para veteranos			Semanal, Mensual, Anual	
Anualidades y pensiones			Semanal, Mensual, Anual	
Manutención de los hijos y pensión alimenticia			Semanal, Mensual, Anual	
Ingresos por alquiler			Semanal, Mensual, Anual	
Indemnización por accidente de trabajo			Semanal, Mensual, Anual	
Ingresos por dividendos e intereses			Semanal, Mensual, Anual	
Otro			Semanal, Mensual, Anual	

**5. Otros gastos de atención médica**

Es posible que esta sección no se aplique a usted. Complete esta sección solo si los ingresos de su familia superan el 300% del Nivel Federal de Pobreza (como se describe en la página 2).

Si usted supera el 300% del Nivel Federal de Pobreza, debe enumerar los gastos de atención médica de los lugares que no figuran en la página 1 (es decir, los centros que no pertenecen a Partners HealthCare). Esta sección puede dejarse en blanco si los ingresos de su familia no superan el 300% o si no tiene gastos de atención médica de centros que no pertenecen a Partners HealthCare. Se puede requerir documentación, pero no es necesaria en este momento.

Gastos médicos	Monto total	Frecuencia	Solo para uso del centro <i>Costo total</i>
Facturas médicas		Semanal, Mensual, Anual	
Facturas de farmacia		Semanal, Mensual, Anual	

**Solicitud de asistencia financiera de Mass General Brigham**
**6. Información de activos**

Es posible que esta sección no se aplique a usted. Complete esta sección solo SI:

- Su residencia permanente se encuentra fuera de los Estados Unidos
- Solicita un descuento por atención que no es de emergencia, copagos, coseguro o deducibles. Los pacientes que solicitan asistencia financiera para atención que no es de emergencia brindada en una entidad de Spaulding Network o en McLean Hospital no necesitan proporcionar información de activos.

Esta sección puede dejarse en blanco si no se encuentra en ninguna de las categorías enumeradas anteriormente.

**Documentación requerida:** Incluya la documentación que verifique estos ingresos: estados de cuenta bancarios u otro comprobante.

**No es necesario que incluya su residencia principal (el lugar donde vive)**

<b>Activos</b>	<b>Propietario(s)</b>	<b>Nombre del banco o empresa</b>	<b>Valor en efectivo</b>
Cuentas de ahorro			
Cuentas corrientes			
Cuentas de cooperativas de crédito			
Fondos fiduciarios			
Acciones/Bonos			
Cuentas del mercado monetario			
Fondos mutuos			
Propiedad comercial o de inversión			
Otro			

**Solicitud de asistencia financiera de Mass General Brigham****7. Autorización**

Lea atentamente esta sección y firme en la parte inferior.

Toda la información contenida en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender. Acepto proporcionar documentación adicional a petición. **Entiendo que esta información confidencial no se puede divulgar a ninguna parte fuera de Mass General Brigham sin mi aprobación previa.**

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Si firma en nombre del solicitante: Toda la información contenida en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender.*

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Relación con el solicitante

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono de contacto

**Antes de presentarla, asegúrese de haber completado todas las secciones correspondientes de esta solicitud y de haber incluido todos los documentos requeridos. No se aprobarán las solicitudes incompletas.**