

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

**Portada de la solicitud de asistencia financiera
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

Estimado solicitante:

Es posible que pueda obtener ayuda financiera del Programa de Asistencia Financiera de Mass General Brigham y, posiblemente, de otras organizaciones de atención médica.

Cómo presentar una solicitud

Para averiguar si usted o su grupo familiar califican, debe completar la solicitud y proporcionar comprobantes de ingresos, así como copias de los siguientes documentos:

Documentación que se debe presentar junto con la solicitud	Incluido
1. Copia completa de su declaración de impuestos federales más reciente (formulario 1040) y todos los documentos de respaldo, incluyendo el(los) formulario(s) W-2 del año pasado. O, si no presenta declaraciones de impuestos, consulte la declaración de confirmación a continuación. ☐ Declaración de confirmación. Al marcar esta casilla, declaro y confirmo que no he presentado la declaración de impuestos federales o estatales correspondiente al año fiscal más reciente. Comprendo que esta declaración se realiza de forma veraz y voluntaria. Firma _____ Fecha de la firma: _____	

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

2. Copias de los tres (3) comprobantes de pago consecutivos más recientes, independientemente del ciclo de pago, o una declaración del empleador en papel membretado de la empresa.	
3. Si trabaja por cuenta propia, se requiere el estado de resultados de los últimos 12 meses (a partir del mes actual); no se tomará en consideración la declaración de impuestos del año pasado.	
4. Si no tiene ingresos, consulte la Declaración de ingresos nulos y manutención a continuación, que necesitamos para tramitar su solicitud. Por favor, solicite el formulario.	
5. Copias de los tres (3) estados de cuenta bancarios más recientes (p. ej., cuentas de ahorro, cuentas corrientes, cuentas del mercado monetario, cuentas IRA, planes 401K, etc.). Se requieren todas las cuentas y TODAS LAS PÁGINAS (incluidas las páginas en blanco). <i>a. Si no tiene cuenta(s) bancaria(s), se le pedirá que firme un Formulario de declaración de inexistencia de cuenta bancaria, que necesitamos para poder tramitar su solicitud. Por favor, solicite el formulario.</i>	
6. Copias de los beneficios por desempleo o discapacidad (incluya la fecha de inicio).	
7. Copias de los beneficios de jubilación.	
8. Copia de los ingresos del Seguro Social (declaraciones anuales de beneficios, copia de cheques o depósitos directos).	
9. Copias de notificaciones de asistencia gubernamental, incluyendo reducción de gastos del Departamento de Salud y Servicios Humanos, y una copia de la carta de asignación y determinación de cupones de alimentos. SE REQUIEREN TODAS LAS PÁGINAS.	
10. Copia de los beneficios de compensación al trabajador (indique la fecha de la lesión). Debe hacer una divulgación completa de todas las demás coberturas, reclamaciones de responsabilidad civil de terceros, coberturas de vehículos motorizados o coberturas de compensación al trabajador para ser considerado.	
11. Copias del acuerdo de manutención infantil, comprobante de pago incluyendo la frecuencia de pago, o una carta como comprobante del pago de la manutención pagada o recibida.	
12. Si está casado pero se separó de su cónyuge, se requiere una copia del documento de separación legal expedido por el tribunal. b. Si no recurrió al sistema judicial para su separación, se le pedirá que presente declaraciones notariadas de separación o contratos de arrendamiento.	
13. ¿Tiene seguro dental privado? Si la respuesta es "sí", no cumple con los criterios de elegibilidad para WHP Community Dental Center. Debería inscribirse en un consultorio dental privado. * Se aceptan NH Medicaid, DentaQuest y MaineCare. Se espera que todos los pacientes paguen una tarifa de \$35 por la visita en el momento del servicio. - Se aplicarán cargos adicionales por dentaduras postizas, dentaduras parciales y otros servicios de laboratorio. * Los residentes de Massachusetts no son elegibles para recibir servicios dentales.	
14. Requisito adicional de calificación específico para la elegibilidad para los servicios de WHP Community Dental Center: vivir en el área de servicio principal, que incluye: Barrington, Berwick, Dover, Durham, Lee, Madbury, Rollinsford, Somersworth y South Berwick O atenderse con un PCP de WHP o con un especialista.	

****PODEMOS HACER COPIAS DE CUALQUIER DOCUMENTO APLICABLE POR USTED****

Los documentos NO se devuelven a los solicitantes; se escanean y se destruyen de forma segura.

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Utilice esta lista de verificación para asegurarse de que tenemos toda la información necesaria para tramitar su solicitud de forma rápida y correcta. Es posible que le solicitemos información adicional, así que verifique que la información de contacto que proporcionó es correcta.

Tenga en cuenta que la mayoría de los procedimientos electivos no serán considerados para la asistencia, como por ejemplo:

- Cirugía cosmética
- Fecundación in vitro (FIV)
- Terapia de reproducción avanzada (ART, por sus siglas en inglés)
- Servicios de baipás gástrico sin que el pagador haya determinado la necesidad médica
- Cuentas vinculadas a un estudio de investigación
- Artículos de conveniencia para el paciente que incluyen alojamiento prémium y alojamiento para pasar la noche que se basan en una solicitud del paciente y que normalmente no están cubiertos por un plan de seguro médico
- Otros servicios que no son médicamente necesarios que se facturan de acuerdo con un programa de tarifas de pago por cuenta propia predeterminado
- Todos los programas residenciales con todo incluido en McLean Hospital que no presentan reclamaciones a la compañía de seguros médicos

No presentar una solicitud a algún 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 presentar solicitudes a los programas de asistencia del gobierno, uno de nuestros asesores financieros de Mass General Brigham puede ayudarle.

La información que proporciona es confidencial.

Usted seguirá siendo responsable financieramente de cualquier servicio que reciba hasta que hayamos determinado si califica o no para recibir ayuda. Para evitar que se envíe cualquier cuenta a cobros, se puede establecer un plan de pago con el Departamento de Atención al Cliente llamando al 617-726-3884.

Para garantizar una revisión rápida de su solicitud, complete todas las secciones a menos que se indique lo contrario. Se retrasará el procesamiento de la solicitud si le hace falta información o documentación requeridas.

Si no ha recibido noticias nuestras en un plazo de 30 días después de enviar su solicitud, o si necesita ayuda para comprenderla, llame a nuestra Oficina de Asistencia Financiera y uno de nuestros representantes le ayudará.

[Para consultar la Política de asistencia financiera de Mass General Brigham, haga clic en el enlace; Asistencia financiera | Mass General Brigham](#)

Las solicitudes pueden enviarse por correo postal, correo electrónico o fax:

Pacientes de Mass General Brigham:

Patient Billing Solutions

399 Revolution Drive, Suite 410

Somerville, MA 02145-1462

Teléfono 617-726-3884, fax 857-282-5642

Dirección de correo electrónico: PHSFinancialApplication@MGB.org

Pacientes de Wentworth-Douglass Hospital y Wentworth Health Partners:

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Por correo postal: 789 Central Avenue, Dover, NH 03820
En persona: 121 Broadway, Dover NH 03820
Teléfono 603-740-3234, fax 603-740-3366
Dirección de correo electrónico: Charity.Care@WDHospital.org

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**1. Información del paciente:**

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Dirección física	Ciudad	Estado	Código postal	Tiempo que ha vivido en la dirección
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal	Tiempo que ha vivido en la dirección
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico	Seleccione lo que corresponda:	☐ Soltero ☐ Separado ☐ Ciudadano de los EE. UU.	☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Residente de NH ☐ Unión libre ☐ Viudo

2. Persona responsable del pago de la factura

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Relación con el paciente	Número de Seguro Social
Dirección, si es diferente a la del paciente		Número de teléfono		Dirección de correo electrónico
Nombre de la compañía de seguros (incluida en la declaración de impuestos del año anterior)				Fecha de entrada en vigor

3. **Incluya a TODAS las personas que viven en el hogar, incluido el solicitante: Utilice una hoja de papel adicional si es necesario.

NOMBRE	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	N.º DE SEGURO SOCIAL	NOMBRE DEL MÉDICO
1.	YO MISMO			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

4. ¿Es esto para servicios dentales? ☐ Sí ☐ No

5. Complete esta sección si alguien en su grupo familiar tiene seguro:

Seguro médico (plan/nombre) _____, Cuenta de ahorros para gastos médicos (marque) - ☐ Sí ☐ No

¿Quién?: _____

N.º de póliza/n.º de ID _____ Monto del deducible: _____

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Medicare Parte A _____, Medicare Parte B _____ Recibe ayuda para pagar _____

Medicare Parte B _____ ¿Quién?: _____

¿Quién: _____

6. ¿Alguien en su hogar ha presentado una solicitud para Medicaid? ☐ Sí ☐ No

¿Quién?: _____ Si la respuesta es “Sí” y se le denegó, proporcione una copia de la notificación de denegación de Medicaid.

7. ¿Presentó una solicitud de asistencia financiera en otro centro? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es “Sí”, ¿dónde? _____

8. ¿Hay alguien embarazada en su grupo familiar? ☐ Sí ☐ No

9. ¿Alguien de su grupo familiar ha prestado servicio en el ejército? ☐ Sí ☐ No ¿Quién? _____

10. ¿Presentó recientemente alguna reclamación de compensación al trabajador o por accidente automovilístico? ☐ Sí ☐ No Fecha: _____

11. ¿Alguien en su grupo familiar es elegible para recibir beneficios del Seguro Social? ☐ Sí ☐ No ¿Quién? _____

12. ¿Alguna otra persona lo declara en su declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No ¿Quién? _____

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA
13. INFORMACIÓN SOBRE EL GRUPO FAMILIAR
PERSONA 1
(paciente)

PERSONA 2
(cónyuge/dependiente)

PERSONA 3
(dependiente)

NOMBRE de cada miembro del grupo familiar:
Nombre del empleador:
Ingresos mensuales procedentes de:

Empleo:

Trabajo por cuenta propia:

Cuentas de inversión:

Alquiler de inmuebles:

Desempleo desde _____ (fecha)

Jubilación: (Seguro Social, pensión, renta vitalicia)

Pensión alimenticia/manutención infantil:

Asistencia pública, cupones de alimentos:

Otros ingresos:

Ahorros e inversiones:

Saldos de cuentas corrientes:

Saldos de cuentas de ahorro y certificados de depósito:

IRA, 403B, 401 K:

Especifique: _____

Otros ahorros e inversiones:

Especifique: _____

Otro:

Automóvil: ¿Año, marca modelo?

Vehículo recreativo: ¿Año, marca modelo?

14. GASTOS DEL HOGAR

Pago mensual del alquiler: \$ _____ o Pago de la hipoteca: \$ _____ Saldo del préstamo hipotecario: \$ _____

Monto del impuesto sobre la propiedad no incluido en el monto del pago indicado arriba: \$ _____ Valor de la vivienda: \$ _____

 ¿Es dueño de alguna propiedad además de su residencia principal? Si la respuesta es "Sí", ¿Valor? Saldo de la hipoteca:
☐ Sí ☐ No \$ _____ \$ _____

Si la otra propiedad es un negocio, indique la dirección: _____

Pago mensual del préstamo: \$ _____ Pagado a: _____ Por: _____

 La Parte D de Medicare se deduce del cheque del Seguro Social: ☐ Sí ☐ No **Monto:** \$ _____

Servicios públicos \$ _____ Seguro (automóvil/vida/propiedad) \$ _____ Otro: _____ \$ _____

Pensión alimenticia/manutención infantil \$ _____ Seguro médico \$ _____ Otro: _____ \$ _____

Cuidado infantil \$ _____ Facturas de atención médica \$ _____ Otro: _____ \$ _____

Subsistencia (gas, comida, ropa) \$ _____ Medicamentos \$ _____ Otro: _____ \$ _____

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

15. CESIÓN DE DERECHOS - *Lea detenidamente*

En caso de que no haya revelado completamente o haya declarado de forma inexacta cualquier ingreso o activo, cualquier acuerdo para conceder un descuento por atención de caridad quedará sin efecto y será retroactivo hasta la fecha en que se generaron las facturas.

Todos los miembros adultos del grupo familiar que firman a continuación autorizan la divulgación de cualquier información médica, financiera o laboral que se relacione directamente con su atención médica o con su elegibilidad para recibir asistencia financiera. Esta información puede ser divulgada a cualquier proveedor de atención médica al que los miembros del grupo familiar hayan acudido en busca de servicios de atención médica o asistencia financiera. Toda la información proporcionada se mantendrá confidencial según lo dispuesto en las regulaciones federales de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés). Los procedimientos electivos pueden no ser considerados para la asistencia.

Comprendo que devolveré la totalidad de la asistencia financiera otorgada si recibo algún tipo de pago por los servicios médicos cubiertos por esta solicitud, por ejemplo, pagos de seguros, pagos de programas gubernamentales, pagos por demandas judiciales o cualquier otro tipo de pago.

Si recibo asistencia financiera, me comprometo a informar a la organización donde presenté mi solicitud inicial sobre cualquier cambio que pueda afectar mi elegibilidad, incluidos cambios en el número de integrantes de la familia, ingresos y cobertura de seguro médico. Comprendo que si mi/nuestra situación médica cambia de tal manera que pueda/podamos ser elegibles para un programa de asistencia pública, deberé presentar una solicitud a dicho programa y proporcionar prueba de dicha solicitud.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del cosolicitante

Fecha

Firma del dependiente

Fecha