

Estimado paciente,

Adjunta encontrará la Solicitud del Programa de asistencia financiera del McBride Orthopedic Hospital (MCBOH). Completar el formulario nos permitirá considerar la necesidad de asistencia financiera para sus facturas médicas. Las solicitudes deben presentarse nuevamente cada seis meses y deben incluir el ingreso total del hogar y el número total de personas que residen en el hogar.

Para proteger su derecho a la privacidad, todos los documentos recibidos se tratarán como información confidencial y, excepto con fines de verificación, NO se compartirán con nadie fuera de MCBOH.

Complete todos los puntos del formulario. Si necesita espacio adicional para cualquier explicación, utilice el reverso de la solicitud. Es posible que se pida un informe de crédito para verificar la información proporcionada. **No se aceptarán documentos fotografiados.** Toda la documentación proporcionada pasará a ser propiedad de MCBOH y no se le podrá devolver.

Copias de todos los puntos enumerados a continuación que son aplicables a usted deben proporcionarse para que se pueda tomar una determinación de asistencia. **No se aceptan declaraciones de impuestos preparadas por uno mismo utilizando un programa informático de preparación de impuestos.**

- Copia completa de la transcripción fiscal del año anterior. *(No incluya formularios W-2 ni talones de pago).*
 - Visite el sitio www.irs.gov o llame al 1-800-908-9946 para obtener su transcripción oficial del IRS).
- Carta de adjudicación del Seguro Social. *(Incluya pruebas de los ingresos del cónyuge, si corresponde).*
- Declaración de discapacidad del médico que incluya una discapacidad permanente con documentación.
- Trabajadores por cuenta propia: Copia de la declaración de impuestos federal sobre la renta personal más reciente y una declaración de pérdidas y ganancias actual, incluidos todos los anexos que correspondan.
- No declarantes: Proporcione la carta de verificación de no declarante del IRS.
- Cualquier otra documentación, según se solicite, para procesar su solicitud.

Es importante que complete esta solicitud una vez recibida y la devuelva en un plazo de 15 días. La solicitud será revisada dentro de los **30** días posteriores a la recepción y se le notificará por carta de una decisión tomada dentro de **60** días.

Si tiene alguna dificultad para completar esta solicitud o tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra oficina por teléfono al (405) 486-2385 o por correo electrónico a MCBOHFinancialAssistance@mcboh.com. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Agradecemos su colaboración.

Atentamente,

Oficina comercial de MCBOH

FECHA DE DEVOLUCIÓN DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA: _____

Toda la información proporcionada se mantendrá confidencial de acuerdo con nuestra política de privacidad.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

RESPONSABILIDAD DEL SOLICITANTE - Por favor, lea y firme

Certifico que la información proporcionada es correcta y por la presente autorizo a McBride Orthopedic Hospital (MCBOH) a verificar toda la información proporcionada y autorizo a cualquier tercero a divulgar a MCBOH cualquier información necesaria para verificar y autenticar esta solicitud.

Entiendo que para tramitar esta solicitud puede ser necesaria información adicional, que deberé facilitar cuando se me solicite. Entiendo que si no lo hago se me denegará automáticamente la solicitud.

MCBOH está autorizado a comprobar mi historial crediticio y a comunicar a terceros su experiencia crediticia conmigo.

Seguro de salud:

Entiendo que el seguro de salud tiene prioridad sobre la asistencia financiera. Entiendo que todos los seguros deben ser presentados y resueltos antes de que se pueda aplicar la asistencia financiera.

Entiendo que mi compañía de seguro de salud puede solicitar información adicional para tramitar mi solicitud. Entiendo que si no proporciono la información solicitada y ello da lugar a la denegación del pago por parte de la compañía de seguros, mi solicitud de asistencia financiera será denegada y seré responsable del pago de todos los cargos de los servicios prestados.

Responsabilidad de terceros:

Entiendo que si esta hospitalización es para el tratamiento de una lesión, enfermedad o condición que pueda haber sido causada por un tercero, y por la cual dicho tercero sea o pueda ser responsable de los daños, cualquier reclamación que yo presente contra el tercero y/o cualquier compensación que reciba de dicho tercero tendrá prioridad sobre la asistencia financiera, y cualquier asistencia financiera otorgada quedará anulada. Entiendo que ser así seré responsable del pago de todos los cargos de cualquier servicio cubierto.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del cónyuge / Pareja

Fecha

PARTE A

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: Si el paciente es menor de 18 años, el solicitante debe ser uno de los padres o el tutor legal.

Primer nombre: _____ Inicial segundo nombre: ___ Apellido: _____

Dirección de correspondencia: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____

Dirección anterior, si lleva menos de 1 año en la dirección actual: _____

PARTE B**MIEMBROS INDIVIDUALES DEL HOGAR: Enumere a todos los miembros de la familia, incluido usted.**

Relación con usted	Nombre	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	¿Recibe esta persona:			
				Cupones alimentos		Medicaid, si 'Y', N° ID	
1. TITULAR				S	N	S	N
2.				S	N	S	N
3.				S	N	S	N
4.				S	N	S	N
5.				S	N	S	N
6.				S	N	S	N
7.				S	N	S	N
8.				S	N	S	N

PARTE C**¿Recibe el solicitante INGRESOS COMPLEMENTARIOS DEL SEGURO SOCIAL (SSI)?**

(sólo se aplica al paciente): Envíe una copia de su carta de prestaciones del Seguro Social en la que conste que tiene derecho a prestaciones del Seguro de Ingreso Suplementario (SSI).

PARTE D**Para tener derecho a la asistencia financiera con BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS O MEDICAID:**

La persona titular de los cupones de alimentos o de los beneficios de Medicaid debe ser el solicitante o figurar en la carta de beneficios en la que se indique que usted tiene ese derecho. Puede exigirse una prueba.

Cupones de alimentos: Envíe una copia de su carta más reciente de verificación de cupones de alimentos del DHS.

Medicaid/SoonerCare: Envíe una copia de su carta de aprobación de Medicaid/SoonerCare más reciente.

NOTA: Los beneficios de Planificación Familiar, Salud Mental y Abuso de Sustancias no califican como criterios de calificación. **Sólo el Título 19, S.L.M.B. y QUA-1 son beneficios que califican.**

Si ha contestado **SÍ** a las **PARTES C o D - PASE A LA PARTE E.**

Si ha contestado **NO** a las **PARTES C y D - PASE A LA PARTE F.**

PARTE E

Si ha contestado **SÍ** a **LA PARTE C O D.**

FIRME LA RESPONSABILIDAD DEL SOLICITANTE EN LA PÁGINA 1 y aporte la documentación requerida.

****PARE** NO COMPLETE LA PARTE F**

PARTE F**INFORMACIÓN FINANCIERA DEL HOGAR.**

Sin esta información y documentos no podremos revisar su solicitud de asistencia financiera.

EMPLEO

Solicitante: Empleador: _____

Fecha de inicio (si es inferior a un año): _____ Ingresos mensuales brutos estimados: \$ _____

Con qué frecuencia se le paga: Semanalmente Quincenalmente (cada dos semanas) Semestralmente (dos veces al mes) Mensualmente ¿Se le paga por?: Depósito directo en cuenta bancaria Cheque Tarjeta de débito

Cónyuge: Empleador: _____

Fecha de inicio (si es inferior a un año): _____ Ingresos mensuales brutos estimados: \$ _____

Con qué frecuencia se le paga: Semanalmente Quincenalmente (cada dos semanas) Semestralmente (dos veces al mes) Mensualmente ¿Se le paga por?: Depósito directo en cuenta bancaria Cheque Tarjeta de débito

Trabajadores por cuenta propia: Nombre de la empresa: _____

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____