

# Hoja de presentación de la Solicitud para Asistencia Financiera

Wentworth Douglass Hospital y Wentworth Health Partners

Teléfono: 603-740-3234

## Enviar solicitud a:

789 Central Avenue, Dover, NH 03820  
ATTN: FinancialAssistance Office

## Asistencia en persona:

Wentworth-Douglass Business Systems  
121 Broadway Avenue, Dover, NH 03820

Estimado solicitante:

Es probable que usted pueda recibir ayuda financiera de Wentworth-Douglass Hospital y Wentworth Health Partners, y posiblemente de otras organizaciones al cuidado de la salud.

El NH Health Access Network (Red de Acceso para la Salud de New Hampshire) es un grupo de hospitales, doctores y otros proveedores al servicio de la salud que trabajan juntos para ayudar tanto a niños como a adultos cuando no pueden afrontar los costos para el cuidado de su salud.

La Red de Acceso para la Salud de New Hampshire es para individuos que tienen seguro. Para obtener ayuda de esta organización con gastos a ser pagados de su bolsillo, su seguro debe estar activo y ser aceptado por y en la misma red con el proveedor. (El programa de agotamiento de Medicaid no es un seguro, o sea que aquellos individuos que son elegibles están enrolados en dicho programa no son elegibles para la Red de Acceso para la Salud de NH (NH Health Access Network). Si usted no tiene seguro, es posible que haya asistencia financiera disponible por medio de su proveedor; para más información, por favor contáctese con un asesor financiero en la Oficina Comercial de Wentworth-Douglass Hospital, llamando al 603-740-3234.

## Cómo hacer la solicitud

Para saber si su grupo familiar califica, usted debe completar esta solicitud y proporcionar prueba de sus ingresos, así como copias de los siguientes documentos:

Documentación que debe ser presentada con su solicitud	Incluido	No aplica
1. Prueba de seguro para la salud o exención		
2. Copia completa de su declaración federal de impuesto a los ingresos más reciente (Formulario 1040) y todos los formularios de apoyo correspondientes, incluyendo la(s) forma(s) W-2 <i>a. Si usted no declara impuestos, se le pedirá firmar un formulario 4506T, que nos permite contactar al IRS para verificar que no ha presentado una declaración</i>		
3. Copias de los tres (3) comprobantes más recientes de cheques consecutivos recibidos por pago por empleo, o una declaración de su empleador en papel membrete de la empresa.		
4. Si empleado por cuenta propia, declaración de pérdidas y ganancias de los últimos 12 meses.		
5. Si no tiene ingresos, se le pedirá firmar un Formulario de Proclamación de No Ingresos y Apoyo, que requerimos para procesar la solicitud		
6. Copias de los tres (3) estados de cuenta de banco más recientes (ej., ahorros, cuenta corriente, money market, IRA, 401K, etc.) <i>a. Si no tiene una cuenta bancaria, le pediremos firmar un formulario de Proclamación de No Cuenta Bancaria, que requerimos para procesar</i>		
7. Copias de comprobantes de beneficios por compensación por desempleo o discapacidad (incluir fecha de comienzo)		

Wentworth–Douglass Health System

**PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA**

8241–41A

Rev. 02/24/16

8. Copias de comprobantes de beneficios de pensión		
9. Copia de comprobante de ingreso por Seguro Social (estados de cuenta de beneficios anual, copia de cheque o depósito directo)		
10. Copia de asignación de cupones para víveres		
11. Copias de avisos de asistencia del gobierno, incluyendo cartas de agotamiento o deducibles del Departamento de Salud y Servicios Humanos  <i>a. Si no dispone de ningún aviso recibido, le pediremos firmar un formulario de autorización para el Departamento de Salud y Servicios Humanos, el cual nos permitirá a nosotros obtener el aviso de dicho departamento.</i>		
12. Copia de recibo de beneficio por Compensación al Trabajador (indique fecha de la lesión)		
13. Copias de manutención del menor pagado o recibido.		
14. Si usted es casado pero se ha separado de su esposo(a), se requiere una copia de comprobante de separación legal.  <i>b. si no se separó por medio de una corte judicial, se le pedirá proveer declaraciones notariadas de separación y/o de contratos de arrendamiento</i>		

**\*\*POR FAVOR ENVIE COPIAS DE TODA DOCUMENTACIÓN QUE CORRESPONDA \*\***  
**Los documentos recibidos NO SERÁN DEVUELTOS a los solicitantes, ya que serán escaneados y destruidos de forma segura.**

**Por favor observe que procedimientos electivos pueden no ser considerados para recibir asistencia.**

Por favor de usar la lista que antecede para asegurarse que nos esté entregando toda la información necesaria para procesar su solicitud de una forma rápida y correcta. Es posible que tengamos que pedirle información adicional, por lo cual le pedimos verifique la correctitud de su información de contacto que nos está dando.

**La información que usted nos provee es confidencial.**

Usted continuará siendo financieramente responsable por todos los servicios que recibe hasta que sepamos si usted califica o no para recibir la ayuda que está solicitando.

Si no tiene noticias nuestras dentro de los 30 días de haber presentado su solicitud, o si necesita ayuda para entenderla, por favor llame a nuestra Oficina de Asistencia Financiera, al (603) 740-3234 y uno de nuestros representantes le asistirá.

[Para ver la póliza de Asistencia financiera de Wentworth-Douglass Hospital, visite el www.wdhospital.com/PatientServices/](http://www.wdhospital.com/PatientServices/)

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

**1. Información del paciente**

Apellido	Nombre de pila	Inicial del segundo nombre	Número de seguro social	Fecha de nacimiento
Dirección física	Ciudad	Estado	Código postal	Cuánto tiempo en esta dirección
Dirección Postal	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Unión Civil <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Ciudadano de los EEUU <input type="checkbox"/> Residente de New Hampshire		

**2. Persona responsable de pagar la cuenta**

Apellido	Nombre de pila	Inicial de segundo nombre	Parentesco con el paciente	Número de seguro social
Dirección (si distinta a la del paciente)		Teléfono de la casa		Teléfono del trabajo
Nombre de la compañía de seguro			Fecha de vigencia	

**3. \*\*Por favor, nombre TODAS las personas que viven en la casa, incluyendo el solicitante: Use hoja adicional de ser necesario.**

	NOMBRE	PARENTESCO CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	# SEG. SOCIAL	NOMBRE DEL MEDICO
1.	<b>SOLICITANTE</b>				
2.	_____				
3.	_____				
4.	_____				
5.	_____				
6.	_____				

4. ¿Es esta solicitud por servicios futuros o pasados?  Futuros  Pasados Fecha(s) de Servicio(s): \_\_\_\_\_
5. Por favor, llene si alguien en su grupo familiar tiene seguro:  
 Seguro médico (Plan/Nombre) \_\_\_\_\_, Cuenta de ahorros para la salud (indique)  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_  
 Póliza No./ID No. \_\_\_\_\_ Monto del deducible: \_\_\_\_\_  
 Medicare Parte A \_\_\_\_\_, Medicare Parte B \_\_\_\_\_ Recibe asistencia para pagar Medicare Parte B \_\_\_\_\_ Quién: \_\_\_\_\_
6. ¿Alguien de su familia ha solicitado Medicaid?  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_  
 Quién: \_\_\_\_\_ Si "Sí" y fue denegado, por favor presentar copia de la carta de negación de Medicaid.
7. ¿Ha usted solicitado asistencia financiera en otro centro?  Sí  No Si la respuesta es Sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_
8. ¿Hay alguna mujer embarazada en su familia?  Sí  No
9. ¿Alguien de su familia ha hecho servicio militar?  Sí  No ¿Quién?: \_\_\_\_\_
10. ¿Ha recientemente usted presentado un reclamo por compensación al trabajador o por accidente de tránsito?  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_
11. ¿Es alguien de su familia elegible para beneficios de Seguro Social?  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_
12. ¿Alguien más lo declara a usted en sus impuestos?  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_

