



Coastal Medical

Lifespan. Delivering health with care®

Estimado paciente de Coastal Medical,

Si está buscando asistencia económica, complete la solicitud de asistencia económica adjunta. Con la solicitud, encontrará una lista de verificación de los documentos necesarios para que la solicitud un defensor económico del paciente procese la solicitud. Proporcione todos los documentos con la solicitud completa.

Envíe por correo la solicitud y la documentación de respaldo directamente a la Oficina de Defensores Económicos de Pacientes en Rhode Island Hospital. Las solicitudes se procesan en los 14 días siguientes a la recepción si se recibe toda la información requerida. Si no se recibe toda la información requerida, el defensor económico del paciente lo informará de la documentación que falta por teléfono y le enviará por correo una lista de esa documentación.

Si tiene preguntas sobre la solicitud y la lista de verificación, llame al **401-444-7850**.

Dirección postal:

Rhode Island Hospital
593 Eddy St
Providence, RI 02903
Attn: Patient Financial Advocate – Main Admitting

Gracias por confiarnos su atención médica

Atentamente,

Su equipo de atención de Coastal Medical

SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA DE LOS HOSPITALES DE LIFESPAN Y AFILIADOS

Toda aprobación de esta solicitud es temporal y expira 12 meses después de la fecha de aprobación

Hospitales de Lifespan y afiliados		Fecha:	
Paciente:		Garante/cónyuge:	
N.º de expediente :		N.º de expediente:	
Fecha de nacimiento:		Fecha de nacimiento:	
N.º de seguro social (si lo tiene):		N.º de seguro social (si lo tiene):	
Teléfono de casa:	Teléfono celular:	Teléfono de casa:	Teléfono celular:
Dirección del domicilio:		Relación con el paciente:	
		Dirección del domicilio:	
¿Propietario/inquilino?			
Ocupación y empleador:		Ocupación y empleador:	
Dirección del empleador:		Dirección del empleador:	
Está esta visita relacionada con una lesión o un accidente laboral? Sí No (Si la respuesta es sí, presente la información del seguro y adjunte una explicación)			
¿Es usted dependiente? Sí No		Cantidad de dependientes (incluido usted mismo):	
¿Recibe beneficios SNAP? Sí No Si la respuesta es sí, presente una carta actual		¿Vive actualmente en un albergue? Sí No Si la respuesta es sí, presente una carta del albergue	
¿Ha solicitado HealthSource RI? Sí No Presente una carta		¿Ha solicitado beneficios del Seguro Social por discapacidad? (SSDI) Sí No (Si la respuesta es sí, indique cuándo)	

Presente la siguiente información de TODOS los miembros de la unidad familiar, EXCEPTO el paciente o garante.

Nombre y relación con el paciente:	N.º de seguro social (si lo tiene):	Fecha de nacimiento:	N.º de historia clínica:
Teléfono y dirección del empleador:	Dirección del domicilio:		
Nombre y relación con el paciente:	N.º de seguro social (si lo tiene):	Fecha de nacimiento:	N.º de historia clínica:
Teléfono y dirección del empleador:	Dirección del domicilio:		
Nombre y relación con el paciente:	N.º de seguro social (si lo tiene):	Fecha de nacimiento:	N.º de historia clínica:
Teléfono y dirección del empleador:	Dirección del domicilio:		
Nombre y relación con el paciente:	N.º de seguro social (si lo tiene):	Fecha de nacimiento:	N.º de historia clínica:
Teléfono y dirección del empleador:	Dirección del domicilio:		

INGRESOS MENSUALES	CANTIDAD	ACTIVOS	CANTIDAD	GASTOS MENSUALES/PASIVOS	CANTIDAD
Sueldo y salarios del paciente		Ahorros		Pago de hipoteca o alquiler	
Sueldo y salarios del cónyuge		Cuenta corriente		Saldo actual _____	
Sueldo y salarios del garante		Certificados de depósito (CD)		Impuestos sobre la propiedad si no están incluidos en el pago de la hipoteca	
Ingresos por trabajo por cuenta propia		Cuentas de mercado monetario		Servicios públicos: Gas/electricidad/combustible _____	
Ingresos por cuidado infantil		Bonos de ahorro		Cable/internet _____	
Ingresos de alquiler		Acciones		Teléfono _____	
Compensación por desempleo		Bonos		Pagos de automóvil o arrendamiento	
Seguro por discapacidad temporal		Fondos mutuos		Saldo actual _____	
Manutención infantil		Cuentas individuales de jubilación (IRA)		Pagos de tarjeta de crédito	
Pensión alimenticia		Planes 401(k)		Saldo actual _____	
Beneficios de la Administración de Veteranos (VA)		Planes 403(b)		Préstamos en cuotas	
Pagos del seguro social		Planes 457		Saldo actual _____	
Ingresos en concepto de intereses y dividendos		Seguro de vida con valor en efectivo		Seguro de automóvil	
Regalías		Propiedad personal		Seguro de propietarios/inquilinos	
Pensiones		Segunda vivienda y propiedad de alquiler		Gastos médicos	
Asistencia pública (incluir el SNAP si corresponde)		Automóviles adicionales		Comestibles	
Otro				Otros gastos	
INGRESOS MENSUALES:					
INGRESOS ANUALES:			TOTAL:		TOTAL:

"Solicito que el hospital determine si reúno los requisitos para recibir ayuda económica. Comprendo que esta información es confidencial y está sujeta a una verificación por parte del hospital. También comprendo que, si la información que doy es falsa, me pueden negar la ayuda económica y puedo ser responsable del pago de los servicios hospitalarios prestados. Por el presente, certifico que la información en esta solicitud está completa y es correcta a mi leal saber y entender, y que comprendo el proceso y mis responsabilidades".

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge/garante: _____ Fecha: _____

SOLO PARA FINES INTERNOS		11-1-2021
Aprobada por: _____	Fecha: _____	
Denegada por: _____	Fecha: _____	
Firma del administrador: _____	Asistencia médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cobertura del seguro: _____		
Comentarios: _____		
Tamaño de la familia: _____	Nivel de pobreza federal (FPL): _____	% de FPL: _____
DESCUENTO (%): _____	Intervalo de fechas: _____	



Lifespan

Delivering health with care.™

Lista de verificación para ayuda económica

Nombre del paciente:

N.º de expediente médico:

Fecha de hoy:

- Identificación; cualquiera de las siguientes:** licencia de conducir emitida por el estado, tarjeta de identificación emitida por el estado, pasaporte, tarjeta de inmigrante, etc.
- Constancia de residencia: copia de una factura de servicios públicos a su nombre** (si vive con otras personas: *factura de servicios públicos a nombre de la persona que le da alojamiento con una carta en la que se confirme la dirección*). Si usted no tiene vivienda, puede presentar una carta de un refugio, de un familiar o de amigo en la que se confirme la dirección.
- Lista de gastos mensuales en una hoja aparte** (calefacción, alquiler, comida, servicios públicos, etc.).
- Una copia firmada de su última declaración de impuestos sobre la renta.** (Si no presentó ninguna declaración de impuestos, proporcione una copia de una carta de no presentación del IRS en la que se indique que no presentó ninguna declaración de impuestos. La carta se puede obtener llamando al 1-844-545-5640).
- Copias de los últimos recibos de sueldo** (al menos de dos (2) periodos de pago consecutivos) de todos los miembros de la familia que tengan trabajo.
- Copias de declaraciones de ingresos, como manutención infantil, acuerdos de compensación por accidente, seguro de desempleo, seguro por discapacidad temporal (TDI), seguro social (SSI/SSDI), pensiones, alquiler de propiedades o carta de elegibilidad para cupones de comida, etc.** (Si no tiene ingresos, presente una carta de respaldo de la persona que lo mantiene económicamente).
- Copias actuales de estados de cuenta de todas las cuentas: cuenta corriente, cuenta de ahorro, CD, IRA, 401(k) y cuenta de mercado monetario.** Si es trabajador autónomo, se necesitan los últimos tres estados de cuenta de cuentas corriente o de ahorro. (Si no tiene una cuenta corriente, cuenta de ahorro, CD, IRA, 401(k) ni cuenta de mercado monetario, presente una carta que lo confirme).
- Otro:**

Envíe la documentación en el sobre adjunto con franqueo pagado. Si tiene alguna pregunta, llame al defensor financiero del paciente que se menciona abajo:

Sincerely,

Karen Mendez- 401-444-3496
Rhode Island Hospital
593 Eddy St
Providence RI, 02903