



Lifespan

GUIDELINES FOR FILING OF COMMUNITY FREE SERVICE APPLICATION — Spanish
INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE SERVICIO COMUNITARIO GRATUITO

Al llenar la solicitud (aplicación) de Servicio comunitario gratuito, asegúrese de llenar todas las áreas del formulario incluyendo:

- ❖ Su fecha de nacimiento
- ❖ Su número del Seguro Social o Número de identificación de contribuyente
- ❖ Número de dependientes (inclúyase usted mismo, su cónyuge y todos los niños que residan con usted, abuelos, suegros, etc., que usted incluye como dependientes en su declaración del impuesto federal sobre el ingreso)
- ❖ Ingreso bruto familiar anual [incluya ingresos provenientes de todos los miembros de su familia que trabajan e ingresos de todas las fuentes, tales como seguro de desempleo, seguro de incapacidad temporal (TDI, por sus siglas en inglés) etc.] Si no está trabajando y no tiene ningún ingreso, sírvase incluir eso en una carta junto con una explicación acerca de cómo se pagan sus gastos y quién le da apoyo. Si alguien le proporciona alimentos y refugio, sírvase enviar una carta de esa persona describiendo su situación de vivienda/ingreso.

Sírvase proporcionar una copia de los siguientes documentos que sean aplicables:

- ❖ Identificación – Cualquiera de los siguientes: Una licencia de conducir emitida por el estado, una tarjeta de identidad emitida por el estado, tarjeta de extranjero residente, pasaporte de los Estados Unidos, etc.)
- ❖ Prueba de residencia – Impuesto local o factura de servicios públicos (teléfono, electricidad, gas o cable) dirigida a usted y que muestre su dirección local. Si es indigente, puede presentar una declaración de apoyo de cualquier refugio, iglesia u organización cívica aplicable que esté familiarizado con usted y sus circunstancias.
- ❖ Aviso de asistencia médica o denegación o aprobación de asistencia pública general.
- ❖ Copias de los talones de cheques de paga más recientes (correspondientes a los últimos dos períodos de paga) para todos los miembros de la familia que trabajan. Sírvase incluir seguro de desempleo, seguro de incapacidad temporal, Seguro Social, etc.
- ❖ Copia de la declaración del impuesto federal o estatal sobre el ingreso del año anterior y todos los formulario(s) W-2 de respaldo. Si no presentó una declaración del impuesto sobre el ingreso el año anterior, deberá obtener verificación escrita de no presentación del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) llamando al 1-800-829-1040.
- ❖ Copias de sus estados de cuentas de ahorros y/o cheques más recientes o una copia del saldo reciente de su libreta bancaria. Asegúrese de incluir cuentas individuales de jubilación (IRA, por sus siglas en inglés), cuentas del mercado monetario, certificados de depósito, etc.

Si ninguna de las opciones anteriores le es aplicable, sírvase presentar una carta firmada explicando sus circunstancias.

Sírvase enviar por correo la solicitud y la documentación de respaldo directamente a la Oficina del Defensor Financiero del Paciente (Patient Financial Advocate) a la dirección del hospital respectivo entre las siguientes:

Rhode Island Hospital
Hasbro Children's Hospital
593 Eddy Street
Providence, R.I. 02903
Attn: Patient Advocate
Main Admitting

The Miriam Hospital
164 Summit Avenue
Providence, R.I. 02906
Attn: Patient Advocate

Newport Hospital
11 Friendship Street
Newport, R.I. 02840
Attn: Patient Advocate

Emma Pendleton Bradley Hospital
1011 Veterans Memorial Parkway
Riverside, R.I. 02915
Attn: Patient Financial Service Department
117 Ellenfield St.

Si está solicitando Servicio comunitario gratuito para facturas que recibe *actualmente*, sírvase devolver la solicitud a:

Lifespan
Patient Financial Service Department
117 Ellenfield Street
Providence, RI 02905

Las solicitudes usualmente se procesan dentro del término de 14 días a partir de la fecha en que se reciben.

Gracias por su cooperación.

LIFESPAN'S APPLICATION FOR HOSPITAL FINANCIAL-AID — Spanish
SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA PARA HOSPITAL DE LIFESPAN

Toda aprobación de esta solicitud es temporal y vence en el término de 12 meses a partir de la fecha de aprobación

Hospital:	Fecha:
Nombre del paciente:	Garante:
Fecha de nacimiento:	No. del Seguro Social (si ha sido emitido):
No. del Seguro Social (si ha sido emitido):	Teléfono domiciliar:
Teléfono domiciliar:	Teléfono del trabajo:
Teléfono del trabajo:	Relación con el paciente:
Dirección domiciliar:	Dirección domiciliar:
Propietario/Alquila:	Propietario/Alquila:
Ocupación y empleador:	Ocupación y empleador:
Dirección del empleador:	Dirección del empleador:
Tipo y número del documento de identidad:	Tipo y número del documento de identidad:
¿Se relaciona su vista con una lesión o accidente de trabajo? Sí o no - Si responde Sí, sírvase proporcionar información sobre su seguro. (Si responde "Sí", sírvase adjuntar la explicación)	
¿Es usted declarado como dependiente? Sí o no	
Número de dependientes (incluyéndose usted mismo):	
¿Recibe usted cupones canjeables por alimentos (food stamps) del Programa de Asistencia Nutricional Suplementario (SNAP, por sus siglas en inglés)? Sí/No Si responde "Sí", sírvase proporcionar una carta actualizada.	
¿Permanece usted actualmente en un refugio? Sí/No si responde "Sí" sírvase proporcionar una carta del Refugio.	
¿Ha solicitado Asistencia Pública General (GPA, por sus siglas en inglés)/Asistencia Médica? Sí o no. Si responde "Sí", ¿cuándo la solicitó?	
¿Ha solicitado ayuda al Programa de seguro por discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés)? Sí/no. Si responde "Sí", ¿cuándo la solicitó?:	
¿Tiene hijos menores? Sí/no. Si responde "Sí", ¿vive usted con ellos? Sí/no	
<i>Sírvase proporcionar la siguiente información para TODOS los miembros de la unidad familiar (si no están incluidos en el Formulario de Declaración del impuesto federal sobre el ingreso).</i>	
Nombre y relación con el paciente:	No. del Seguro Social (si ha sido emitido) y fecha de nacimiento:
Teléfono y dirección del empleador:	Dirección domiciliar:
Nombre y relación con el paciente:	No. del Seguro Social (si ha sido emitido) y fecha de nacimiento:
Teléfono y dirección del empleador:	Dirección domiciliar:
Ingreso mensual	Activos
Salario y sueldos del paciente:	Cuentas de ahorro:
Salario y sueldos del cónyuge:	Cuentas de cheque:
Salario y sueldos del garante:	Certificados de depósito (CD):
Ingreso para cuidado de niños:	Cuentas del Mercado Monetario:
Ingreso por alquileres:	Bonos de ahorro:
Compensación por desempleo:	Acciones:
Seguro por discapacidad temporal:	Bonos:
Pensión para manutención de menores:	Fondos mutuos:
Pensión conyugal:	Cuenta(s) de jubilación individual (IRA):
Seguro de accidentes de trabajo:	401(k):
Beneficios de la Administración de Veternos:	403(b):
Pagos del Seguro Social:	457:
Ingreso por dividendos e intereses:	Seguro de vida con valor de rescate:
Royalties (regalías):	Propiedad personal:
Pensiones:	Segunda casa y propiedad alquilada:

Ingreso mensual (cont.):	Activos (cont.):
Asistencia pública:	Segundo vehículo motorizado:
Otro:	Total:
Ingreso mensual:	
Ingreso anual:	Total de gastos mensuales:
SI USTED NO INDICA NINGÚN INGRESO, ¿CUÁL HA SIDO SU FUENTE DE MANUTENCIÓN? Use una hoja separada si fuese necesario.	

Asegúrese de adjuntar una copia de su Declaración del impuesto federal sobre el ingreso más reciente y los últimos dos talones de su cheque de paga.

“Solicito al hospital que determine si reúno las condiciones para recibir ayuda económica. Comprendo que esta información es confidencial y está sujeta a verificación por el hospital. También comprendo que si la información que he proporcionado es falsa, podría denegarse la ayuda económica y sería responsable del pago de los servicios proporcionados por el hospital. Por este medio declaro que la información contenida en esta solicitud es correcta y completa a mi leal saber y entender y que comprendo el proceso y mis responsabilidades”.	
Firma:	Fecha:

Acción tomada por el hospital

LISTA DE VERIFICACIÓN

Talones de cheques de paga _____

Carta de cupones canjeables por alimentos _____

Declaraciones impositivas _____

Informe crediticio _____

Otra documentación _____

Datos verificados con E.D.S/GPA _____

Documentación requerida si no es residente: _____

Fecha: _____

NO aprobado: _____

Motivo: _____

Aprobado: _____

Cuenta No.: _____

Fecha de vencimiento: _____

Comentarios: _____

 Firma autorizada

 Aprobación administrativa