



A nuestro estimado paciente:

Muchas gracias por elegir a CHRISTUS St. Vincent Regional Medical Center para sus necesidades de atención médica. Adjunto encontrará una solicitud para asistencia financiera del hospital y reajustes por concepto de dificultades económicas. Devuelva la solicitud completa y proporcione toda la documentación de respaldo a la oficina comercial del hospital.

Los pacientes con un ingreso familiar de o por debajo del 400% del índice federal de pobreza aplicable, que carezcan de fondos suficientes para pagar sus facturas, pueden ser elegibles para recibir asistencia. Además, los pacientes con facturas médicas considerables, independientemente de su ingreso, pueden ser elegibles para recibir asistencia. Además de los ajustes parciales o completos, CHRISTUS St. Vincent también ofrece acuerdos de pago ampliados.

Entendemos su deseo de privacidad. Por lo tanto, la información contenida en su solicitud será tratada como confidencial salvo para fines de verificación. Solo se compartirá dentro de CHRISTUS St. Vincent en la medida que se necesite.

Al recibir su solicitud completa, nuestro personal llevará a cabo una revisión de la solicitud para la posible asistencia para el saldo de sus cuentas con CHRISTUS St. Vincent. Dentro de los 30 días siguientes a recibir su solicitud completa, le notificaremos si usted resulta elegible para recibir asistencia o reajustes a sus facturas.

De nuevo, nos gustaría agradecerle por elegir a CHRISTUS St. Vincent para satisfacer sus necesidades de atención médica. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar la solicitud, comuníquese con un asesor financiero del hospital o llame al número que se indica a continuación.

Atentamente,

CHRISTUS St. Vincent Regional Medical Center  
505-913-5220  
Lunes a viernes  
De 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (horario de montaña)

Enviar las solicitudes completas a:  
CHRISTUS St. Vincent Regional Medical Center  
Attn: Financial Counselors  
455 St. Michael's Drive  
Santa Fe, NM 87505  
O entregar en persona al departamento de admisión del hospital

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre del fiador (si no es el paciente): \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fechas de servicio: \_\_\_\_\_

N.º de cuenta del hospital \_\_\_\_\_

N.º de expediente médico \_\_\_\_\_

Nombre de los pacientes: \_\_\_\_\_ N.º de cuenta: \_\_\_\_\_

¿Tienen seguro de gastos médicos?  Sí  No En caso afirmativo, identifique al asegurador: \_\_\_\_\_

*Si el paciente tiene cobertura de seguros, usted no será elegible para recibir asistencia financiera pero podría serlo para recibir reajustes por dificultades económicas. Si necesita ayuda para pagar su deducible, coaseguro o copago, por favor complete esta solicitud.*

Si el paciente no tiene seguro, usted podría ser elegible para recibir asistencia financiera. Por favor complete esta solicitud.

**DEBE PROPORCIONAR AL MENOS 2 DE LO SIGUIENTE:**

- \_\_\_ Declaración de impuesto sobre la renta más reciente y completa
- \_\_\_ 3 recibos de cheque de pago más recientes
- \_\_\_ 3 estados de cuenta de cheques/ahorro más recientes
- \_\_\_ Carta de asignación de estampillas de comida, SSI/SSA/SSD

**DEBE PROPORCIONAR COMPROBANTE DE IDENTIDAD CON AL MENOS 1 DE LO SIGUIENTE:**

- \_\_\_ Licencia de conducir vigente
- \_\_\_ Registro de extranjero
- \_\_\_ Pasaporte
- \_\_\_ Tarjeta de identificación emitida por el estado

<b>DATOS PERSONALES:</b>	<b>PERSONA RESPONSABLE</b>	<b>CÓNYUGE</b>
Nombre	_____	_____
N.º de Seguro Social	_____	_____
Fecha de nacimiento	_____	_____
Dirección/N.º de apartamento	_____	_____
Ciudad, estado, código postal	_____	_____
N.º de teléfono de residencia	_____	_____

**INFORMACIÓN DE EMPLEO:**

Nombre del empleador	_____	_____
Si trabaja por cuenta propia, explique	_____	_____
Dirección	_____	_____
N.º de teléfono	_____	_____
Cantidad de horas trabajadas/semana	_____	_____
Cargo	_____	_____
Duración del empleo	Años _____ Meses _____	Años _____ Meses _____
Salario bruto mensual	_____	_____

\*\* Si usted reporta un ingreso de \$0, adjunte una explicación breve de cómo usted o el paciente satisfacen sus necesidades básicas

**OTROS MIEMBROS DEL HOGAR:**

Nombre _____	Edad _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____
Nombre _____	Edad _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____
Nombre _____	Edad _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____
Salario bruto mensual _____			

**INGRESO ADICIONAL:**

Segundo empleo:  N  S: \$\_\_\_\_\_/mes  
 Pequeña empresa:  N  S: \$\_\_\_\_\_/mes  
 Otros: (p. ej., inversiones, ahorros, manutención infantil, otra ayuda gubernamental) \$\_\_\_\_\_/mes

**DEUDA:**

Hipoteca de la casa: \$\_\_\_\_\_/mes  
 (Saldo pendiente: \$\_\_\_\_\_)  
 Deuda de tarjeta de crédito: \$\_\_\_\_\_  
 Automóvil/barco/RV, etc.: \$\_\_\_\_\_/mes

**OTROS GASTOS:**

Facturas médicas: \$\_\_\_\_\_/mes  
 Gastos de farmacia: \$\_\_\_\_\_/mes  
 Otro: (p. ej., préstamos, renta, cable, comida, gas, teléfono, servicios públicos,) \$\_\_\_\_\_/mes

¿Hay algún tercero potencialmente responsable por sus gastos médicos (es decir, seguro de automóvil, compensación de los trabajadores, demanda)?  Sí  No

Liste bienes personales, incluyendo vehículos (excluyendo un vehículo por conductor), efectivo/ahorros, tenencias de acciones o bonos sin fines de jubilación, y segundas casas o u otros inmuebles: \_\_\_\_\_

*Yo certifico que no puedo pagar todos los costos de los servicios necesarios y que la información que he proporcionado a CHRISTUS St. Vincent es verdadera y exacta. Entiendo que CHRISTUS St. Vincent usará esta información para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera. He divulgado todos mis activos e ingresos. Si no se declaran los activos o ingresos podría resultar en un recurso legal, incluyendo cargos penales. Yo acepto informar cualquier cambio en mi situación financiera a CHRISTUS St. Vincent. Autorizo a CHRISTUS St. Vincent, o a cualquier agencia de informes de crédito, a investigar cualquier referencia, declaración, empleo u otra información proporcionada por mí o por cualquier otra persona con relación a mi responsabilidad crediticia y financiera.*

Firma del paciente/Fiador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Firma del cónyuge \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_