

Instrucciones para la solicitud del Programa de asistencia financiera

Renown Health
10315 Professional Circle
Mail Stop T6
Reno, NV 89521

P 775.982.5747
F 775.982.3220
fap@renown.org

Cuenta del aval: _____

Fecha: _____

Estimado/a solicitante:

Gracias por permitirnos ayudarle. Adjunto encontrará una solicitud para el Programa de asistencia financiera ofrecido por Renown Health. El propósito del Programa de asistencia financiera es brindar alivio financiero a los avales que no califican para asistencia federal, estatal o del condado y que no tienen medios razonables para pagar sus obligaciones financieras por servicios médicos necesarios. Los documentos solicitados se utilizan únicamente para determinar la elegibilidad para el Programa de asistencia financiera. Si aún no ha solicitado directamente la asistencia federal, estatal o del condado, podemos ayudarle con una sencilla evaluación para determinar su posible elegibilidad. Póngase en contacto con nuestro especialista en asistencia financiera para que le ayude con la solicitud llamando al 775-982-4110.

Requisitos de asistencia financiera:

- ✓ Todos los elementos de la solicitud deben completarse en su totalidad.
- ✓ Se requiere un copago de \$____ por determinar con base en la preevaluación al momento en que envíe su solicitud. El pago se aplicará a cualquier saldo pendiente sin importar la aprobación de la solicitud.
- ✓ Prueba de ingreso (anexar copias):
 - **Talones de pago del último mes** y/u otra **fuentes de ingresos** (seguro social, desempleo, pensión alimenticia, pensión conyugal, etc.).
 - **Estados de cuenta bancaria del último mes** (incluidas cuentas asociadas; todas las páginas).
 - **Declaración del último mes/trimestre** de cualquier **otra cuenta de activo** (es decir, pólizas de seguro, inversiones, distribución del seguro de vida, fondos de liquidación legal, etc.).
 - **Formularios de impuestos presentados el año anterior** (formularios 1040 y programas correspondientes).
- ✓ Debe tener prueba de la solicitud y de la denegación de asistencia a través de los Servicios Sociales de su condado y de los programas de Asistencia Social del Estado, o por tener exceso de ingresos, para aplicar.
- ✓ Se correrá un Reporte de Trans Union Credit para verificar toda la información que se presentó en la solicitud de fondos de Asistencia Financiera.

Después de que se haya enviado toda la documentación de soporte, se le notificará por escrito o por teléfono la determinación final de su elegibilidad. Infórmenos si cambia su dirección o número de teléfono. Si tiene preguntas respecto del Programa de asistencia financiera o necesita ayuda para completar el formulario de solicitud, póngase en contacto con un especialista en asistencia financiera de Renown Health llamando al 775-982-5747.

Renown Health
10315 Professional Circle T-6
Attn: Medical Financial Hardship
Reno NV 89521
FAP@renown.org

Solicitud del Programa de asistencia financiera

IMPORTANTE: Lea y complete el formulario antes de firmarlo. Se necesita información precisa para un procesamiento adecuado.

Pt. Número de cuenta:

Fecha de nacimiento:

Fecha de solicitud:

NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE INTERNACION		
NOMBRE DE LA PARTE RESPONSABLE (aval)	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	NUMERO DE TELÉFONO DE CASA	
DIRECCIÓN	RELACION CON EL PACIENTE	CUÁNTAS PERSONAS RESIDEN EN EL HOGAR	
EMPLEADOR	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	N.º DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR	
ANOS/MESES DE EMPLEO	OCUPACIÓN		
NOMBRE DEL CÓNYUGE	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	OCUPACIÓN	ANOS/MESES DE EMPLEO
EMPLEADOR DEL CÓNYUGE	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		N.º DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR
INFORMACION DEL AVAL:			
1. BIENES INMUEBLES:		DIRECCIÓN:	
2. EFECTIVO EN MANO:			
3. REFERENCIAS Y CUENTAS DE BANCO/CRÉDITO UNIONES/FIDEICOMISOS:			
NOMBRE	DIRECCIÓN	TIPO Y NÚMERO DE CUENTA	SALDO
4. PÓLIZAS DE SEGURO:			
NOMBRE	TIPO Y NÚMERO DE PÓLIZA		VALOR
5. ACCIONES/BONOS:			
DESCRIPCIÓN			VALOR
6. PROPIEDAD DE UN NEGOCIO:			
NOMBRE Y DIRECCIÓN	TIPO DE PARTICIPACIÓN		VALOR
7. VEHÍCULOS:			
DESCRIPCIÓN			VALOR
8. TÍTULOS DE FIDEICOMISO, NOTAS:			
9. MISCELÁNEOS:			
10. ¿ES USTED ELEGIBLE PARA RECIBIR ASISTENCIA SOCIAL DEL CONDADO O DEL ESTADO? SI ES ASÍ, DESCRIBA LA BASE PARA LA ELEGIBILIDAD			
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERAZ Y CORRECTA. TAMBIÉN AUTORIZO A RENOWN HEALTH A OBTENER LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA LA VERIFICACIÓN DE MI POSICIÓN FINANCIERA.

FIRMA DE LA PARTE RESPONSABLE

Fecha

Tras la determinación de la idoneidad para el Programa de asistencia financiera (Financial Assistance Program, FAP), no se puede cobrar a una persona apta para el FAP más que el importe generalmente facturado (Amount Generally Billed, AGB) por emergencia u otra atención médica necesaria. A partir del 9/01/2022, el AGB es el 26 % de los cargos. Para obtener información sobre cómo se calcula el AGB, póngase en contacto con nosotros en el 775-982-5747.