Renown Health 850 Harvard Way Mail Stop T6 Reno, NV 89502 **Tel** 775.982.5747 **F** 775.982.3220 www.renown.org

Instrucciones para la solicitud del Programa de asistencia financiera Financial Assistance Program Application Instructions

Fecha:	
Estimado aval:	

Adjunto encontrará una solicitud para el Programa de asistencia financiera ofrecido por Renown Health. Este programa es para personas que consideran que podrían necesitar asistencia para cumplir su obligación financiera para servicios médicos.

Requisitos:

Cuenta del aval:

El propósito del Programa de asistencia financiera es brindar asistencia a los avales que no califican para asistencia Federal, Estatal o del Condado y que no tienen medios razonables para pagar su responsabilidad. Si no ha realizado una solicitud directamente a estas agencias, puede contactar a un especialista de asistencia financiera para avales para recibir apoyo en su solicitud llamando al 775-982-4110.

- ✓ 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 y gastos (anexar copias):
 - Formularios de impuestos presentados del año anterior (Formularios 1040 y programas correspondientes)
 - Últimos 4 meses de talones de pago u otra fuente de ingresos (seguridad social, desempleo, pensión alimenticia, pensión conyugal, etc.)
 - Últimos 4 meses de estados de cuenta bancarios (incluir cuentas asociadas, todas las páginas)
 - Últimos 4 meses de recibos de hipoteca o renta
 - Últimos 4 meses de estados de cuenta de cualquier otra cuenta de activos (es decir, fondos para la jubilación
 - [401k, 403b, 503b, IRA, etc.] pólizas de seguro, inversiones, distribución de seguros de vida, fondos de acuerdos legales, etc.)
- ✓ Debe tener prueba de la solicitud y denegación de asistencia a través de los servicios sociales de su condado y los programas de asistencia social del estado.
- ✓ Se procesará un informe de Trans Union Credit para verificar toda la información que se presentó en la solicitud de fondos de asistencia financiera.

Después de que se ha 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, contacte a un Especialista de asistencia financiera en Renown Health llamando al 775-982-5747.

Renown Health

850 Harvard Way T-6 Attn: Medical Financial Hardship Reno NV 89502

Form Number: 100-169B Revision Date: 5/2019

Solicitud del Programa de asistencia financiera INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Financial Assistance Program Application Patient Information

IMPORTANTE: Lea y complete el formulario completo antes de firmarlo. La información que brinde debe ser exacta para un procesamiento adecuado.

Pt. Número de cuenta:	Fecha de na	cimiento:	Fecha de sol	icitud:	
NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE ADMISIÓN				
NOMBRE DE LA PARTE RESPONSABLE (Aval)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		NÚMERO DE	TELÉFONO DE LA CASA	
DIRECCIÓN	RELACIÓN CON EL PACIENTE		CUÁNTA GEN	ITE RESIDE EN EL HOGAR	
EMPLEADOR	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		N.º DE TELÉF	ONO DEL EMPLEADOR	
CUÁNTO TIEMPO EN EL EMPLEO	OCUPACIÓN		L		
NOMBRE DEL CÓNYUGE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	OCUPACIÓN	CUÁNTO TIEI	MPO EN EL EMPLEO	
EMPLEADOR DEL CÓNYUGE	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR N.º DE TELÉFONO DEL EN		ONO DEL EMPLEADOR		
NOMBRE DEL FAMILIAR MÁS CERCANO		RELACIÓN			
DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO		ÉFONO		
INFORMACIÓN DEL AVAL:					
1. BIENES INMUEBLES:	DIRECCIÓN				
2. EFECTIVO EN MANO:					
3. REFERENCIAS Y CUENTAS DE BANCO/CRÉDITO UNIONES/FIDEICOMISOS: NOMBRE DIRECCIÓN TIPO Y NÚMERO I		MERO 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 MINORITARIA		VALOR		
7. VEHÍCULOS: DESCRIPCIÓN	VALOR				
8. TÍTULOS DE FIDEICOMISO, NOTAS:					
9. MISCELÁNEOS:					
10. ¿USTED ES ELEGIBLE PARA ASISTENCIA SOC	IAL DEL CONDADO O DEL ESTADO?	SI ES ASÍ, DESCRIBA	A LA BASE PARA LA ELE		

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

Form Number: 100-169B Revision Date: 5/2019