

TualityHealthcare

Lo mejor en servicio. Aquí mismo.

Aplicación de Ayuda Financiera

Tuality Healthcare ofrece servicios de salud a nuestra comunidad aun sin saber si quienes lo reciben podrán pagarlo. Si pagar su recibo lo pone en una situación financiera difícil, podemos ayudarle a aplicar para asistencia financiera. Con base en ciertos criterios puede obtener ayuda, la cual se determinará por un estudio financiero aplicado al paciente o a la persona responsable.

Adjunto le mando la Aplicación de Ayuda Financiera. Es necesario que llene la aplicación completa, firme, llene la fecha y regrese la aplicación con copias de la siguiente información – **NO MANDE ORIGINALES**:

- € **IDENTIFICACIÓN VÁLIDA DEL GOBIERNO O PASAPORTE:** Garante/Persona Responsable & esposo(a)/pareja
- € **CARTA:** explicando brevemente la razón por la que está pidiendo ayuda financiera.
- € **VERIFICACIÓN DE INGRESOS:** los 3 últimos meses de cada persona que vive en la casa mayores de 18 años
 - Talones de cheques, carta de desempleo, carta de Seguro Social, pensión, carta de incapacidad, etc.
 - Estampillas de comida, manutención de hijos, carta de asistencia de vivienda o asistencia en efectivo.
 - **Estudiantes:** Carta de ayuda financiera de la universidad
 - **Trabajador Independiente:** Declaración de ganancia/perdida del negocio y estados de cuenta del banco de los 3 últimos meses
 - **Ingresos del alquiler de propiedad:** Declaración de la hipoteca de cada propiedad y el monto de ingresos del alquiler.
 - **Pacientes sin ingresos:** Carta y declaración de impuestos federales actual de la persona que lo esta manteniendo economicamente.
- € **DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES ACTUAL (FORMA: 1040, 1040EZ o 1040A)**
 - **Trabajador Independiente:** Incluya el Formulario C
 - **Ingresos del alquiler de propiedad:** Incluya el Formulario E
 - **Pacientes que no declaran impuestos:** En la Aplicación debajo de 'otra información', marque "no", explique la razón porque y firme para certificar.
- € **ESTADOS DE CUENTA DEL BANCO:** los 3 últimos meses, incluyendo todas las páginas y nombre
 - Cuenta de cheques, ahorros, CDs, Mercado Monetario, Reliacard, etc.
- € **INVERSIONES/RETIRO:** mes actual, incluya todas las páginas y nombre
 - 401K, 403B, IRA tradicional, Roth IRA, etc.
- ***Información adicional de sus beneficios del empleador/information de seguro puede ser necesario para determinar si tiene beneficios médicos disponibles para poder en fin procesar su solicitud.***

Aplicaciones completas incluyendo la documentación deben ser regresadas dentro de **14 días** después de recibirla. Si tiene preguntas, por favor comuníquese con el Representante de Ayuda Financiera al (503)681-1012.

Aplicaciones incompletas no van a ser consideradas y pueden ser negadas. El proceso de cobranza en los saldos pendientes continuará hasta que la aplicación completa haya sido recibida.

La Aplicación se pueden mandar de la siguiente manera:

Correo:
Tuality Physician Billing Office
372 SE 6th Ave #300 - ATTN: FA
Hillsboro, OR 97123

Entrega (Lunes-Viernes 8AM - 4:30PM):
Tuality Physician Billing Office
265 SE 3rd & Oak Suite A
Hillsboro, OR 97123

Fax:
(503) 681-5688
ATTN: FA

Sinceramente,

Jean
Representante de Ayuda Financiera de Tuality Physician Billing
(503) 681-5694

Aplicación de Ayuda Financiera de Tuality Healthcare

Firme, llene la fecha y regrese con documentación financiera.
 Toda la información será mantenida confidencial.

de cuenta:

Información del Garante / Persona Responsable

Apellido:	Nombre / Inicial:	Relación al paciente:
¿Ciudadano/residente permanente de EEUU? Yes ___ No ___	Fecha de nacimiento:	No. de Seguro Social:
Dirección (Ciudad, Estado y Código Postal):		Estado Civil:
Nombre de su empleador:	No. de Teléfono:	

Información del paciente (solo complete si es diferente del Garante/Persona Responsable)

Apellido:	Nombre / Inicial:	Fecha de nacimiento:
¿Ciudadano/residente permanente de los EEUU? Yes ___ No ___	No. de Seguro Social:	

Información del Esposo(a)/Pareja

Apellido:	Nombre / Inicial:	Relación al paciente:
¿Ciudadano/residente permanente de EEUU? Yes ___ No ___	Fecha de nacimiento:	No. de Seguro Social:
Dirección (Ciudad, Estado y Código Postal):		Estado Civil:
Nombre de su empleador:	No. de Teléfono:	

Su empleador o el empleador de su cónyuge ofrece beneficios médicos? Sí / No

Información del Hogar

Tamaño del hogar (incluyendo usted):	Edades de sus niño(s):
--------------------------------------	------------------------

Ingresos Mensuales

Gastos Mensuales

	Garante/Persona Resp.	Esposo(a)/Pareja		
Ingreso Bruto:	\$	\$	Renta/Hipoteca:	\$
Desempleo:	\$	\$	Seguro Médico:	\$
Seguro Social/Pensión(es):	\$	\$	Seguro de Auto:	\$
Manutención de hijos o de esposo(a)	\$	\$	Balance de tarjeta de crédito:	\$
Asistencia del gobierno:	\$	\$	Cuentas del hospital/ Medicamentos:	\$
Otros ingresos:	\$	\$	Balance de la hipoteca:	\$
Otros ingresos:	\$	\$	Otro:	\$
Otros ingresos:	\$	\$	Otro:	\$

Otra Información

Ingresos Totales del :	¿Declaraste impuestos el ? Yes ___ No ___	Si la respuesta es "no", porfavor explique porque:
------------------------	--	--

Yo/Nosotros certifico por mi/nuestra firma que no tuve(mos) suficiente ingresos para reportar taxes en el año .

Firma:	Fecha:	Firma de esposo(a)/pareja:	Fecha:
--------	--------	----------------------------	--------

Autorización de reporte de credito: Usted autoriza, sin ninguna reserve a darle a Tuality Healthcare o sus agentes toda información relacionada a mi crédito personal. Yo entiendo que cualquier reporte de crédito será para el propósito de determinar la ayuda financiera. Con esto yo acepto que una copia fotográfica o facsimile telefónico de este documento será valido para cualquier propósito o futuro. Firmando, yo certifico que he leído y entendido la información presentada.

Firma:	Fecha:	Firma del testigo	Fecha:
--------	--------	-------------------	--------

Certifico por este medio que la información contenida en el cuestionario financiero es correcta y completa al mejor de mi conocimiento y autorizo al hospital de Tuality Healthcare para verificar la información proporcionada para este uso.

Firma del Garante/Persona Responsable:	Fecha:
--	--------

Firma del Esposo(a)/Pareja:	Fecha:
-----------------------------	--------

