

## SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Integrantes de la familia: \_\_\_\_\_ Número total de integrantes: \_\_\_\_\_

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Ingresos

Certifico que la información que antecede es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Solicitaré asistencia financiera a otras partes (Medicaid, Medicare, seguro médico, etc.) que puedan cubrir los costos de mi atención médica, y acepto ceder o pagar al hospital o clínica los beneficios cubiertos a los que tenga derecho.

Entiendo que el hospital o clínica utilizará esta solicitud para determinar mi elegibilidad para el Programa de Asistencia al Paciente, aplicando los criterios establecidos o mantenidos en archivo por dicho hospital o clínica. Entiendo que si proporciono información falsa o incorrecta seré excluido de la clínica y que el hospital podrá tomar medidas adicionales según considere necesario.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

### SOLO PARA USO INTERNO

Fecha de entrega al proveedor: \_\_\_\_\_ Recibido por: \_\_\_\_\_

Salario familiar: \_\_\_\_\_ Otros ingresos familiares: \_\_\_\_\_

Total de ingresos familiares: \_\_\_\_\_

Núm. de cta.	Fecha	Monto adeudado	Núm. de cta.	Fecha	Monto adeudado

El día \_\_\_\_\_ **NOTIFIQUÉ AL PACIENTE DESIGNADO ARRIBA QUE:**  
 \_\_\_\_\_ era elegible para el Programa de Asistencia al Paciente  
 \_\_\_\_\_ no era elegible para el Programa de Asistencia al Paciente  
 \_\_\_\_\_ la determinación de la elegibilidad se iba a demorar debido a \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_