
Solicitud de asistencia financiera para afiliados de UR Medicine

El Programa de asistencia financiera brinda ayuda con las facturas médicas a las personas que reúnen los requisitos. Si desea solicitarla, complete la solicitud y devuélvala con la documentación requerida.

Fecha de solicitud: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono (casa): _____ (celular): _____

Dirección postal: _____

Nombre del garante: _____

Mencione a todos los miembros del hogar, incluidos los hijos menores de 21 años que vivan con usted (incluso si no solicitan asistencia financiera en este momento). Si necesita más espacio, utilice otra hoja.

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente

Ingresos	Cantidad	Indique si es semanal, mensual, etc.
Salario (incluyendo el empleo autónomo)		
Seguro Social		
Compensación por desempleo		
Otro * consulte la lista que figura abajo; indique el tipo		

- Formulario 8825, ganancias o pérdidas de ingresos por alquiler (*si corresponde*)
- Formulario 8825, ingresos netos por alquiler de bienes inmuebles (*si corresponde*)

Tenga en cuenta: En función de la revisión de los ingresos, es posible que se le pida que presente información sobre su situación con Medicaid.

Comprendo que esta solicitud de asistencia financiera es confidencial y se usará con el fin de determinar mi elegibilidad para los servicios no compensados en virtud de las pautas de asistencia financiera establecidas por UR Medicine. Comprendo que, si se demuestra que alguna información que se haya proporcionado es falsa, UR Medicine puede reevaluar mi situación financiera y tomar cualquier medida que resulte apropiada. Comprendo que esta información puede usarse durante las conversaciones con otra parte a fin de determinar la elegibilidad.

X Fecha