

**INDICACIONES PARA REALIZAR LA SOLICITUD Y DIRECTRICES PARA DETERMINAR
SI SE CUMPLE CON LOS REQUISITOS**

Complete toda la solicitud y asegúrese de **FIRMAR** la declaración jurada que figura en la página 3.
Adjunte las copias de los siguientes documentos que se piden a todos los solicitantes.

Envíe la documentación a: **St. Clair Hospital**
Financial Assistance
PO BOX 1870
CARY, NC 27512-1870

El hecho de no entregar todos los documentos generará un retraso en el procesamiento o hará que se rechace la solicitud.

Adjunte solamente las copias, ya que lamentablemente los documentos enviados no se pueden devolver.

- Adjunte los comprobantes de **TODOS** los ingresos recibidos en los últimos 30 días anteriores a la presentación de la solicitud correspondientes al solicitante y su cónyuge.
- Los estados de la cuenta corriente y la cuenta de ahorro (todas las páginas) **más actuales** anteriores a la presentación de la solicitud.
- Si el paciente ha fallecido, proporcione una copia del certificado de defunción y una carta en la que se indique el estado del patrimonio hereditario.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de atención al cliente al número de teléfono
412-344-3408.

De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La Asistencia financiera se otorga a los pacientes cuya puntuación crediticia es inferior al límite actual del hospital de 550. Las directrices del programa (para los pacientes con puntuación crediticia superior al límite del hospital de 550) se basan en las Directrices federales sobre pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos: Registro Federal/Vol. 86, N.º 19/lunes 1 de febrero de 2021, pp. 7732-7734.

INGRESOS MÁXIMOS DEL GRUPO FAMILIAR

CANTIDAD DE INTEGRANTES	DESCUENTO		
	100 %	30 %	20 %
1	USD 25 760	USD 32 200	USD 38 640
2	USD 34 840	USD 43 550	USD 52 260
3	USD 43 920	USD 54 900	USD 65 880
4	USD 53 000	USD 66 250	USD 79 500
5	USD 62 080	USD 77 600	USD 93 120
6	USD 71 160	USD 88 950	USD 106 740
7	USD 80 240	USD 100 300	USD 120 360
8	USD 89 320	USD 111 650	USD 133 980

* cada integrante adicional del grupo familiar USD 4540



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE ST. CLAIR HOSPITAL

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____

Número de teléfono del paciente _____

Dirección del paciente _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA SOBRE EL GRUPO FAMILIAR

Lista de todos los integrantes del grupo familiar	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente
		TITULAR

- ¿Es ciudadano estadounidense? sí no
- Si su respuesta es negativa, ¿es residente permanente y vive legalmente en los EE. UU.*? sí no
- *Si el paciente es residente permanente, proporcione una copia de la documentación oficial.*
- ¿Es estudiante de tiempo completo? sí no
- ¿Está embarazada o el ingreso en el establecimiento hospitalario estuvo relacionado con el embarazo? sí no
- ¿Tiene una solicitud para Medicaid pendiente o aprobada? sí no
- ¿Cuenta con seguro médico? sí no

Tipo de cuenta (corriente o ahorro)	Banco/Institución	Saldo

OTROS ACTIVOS FAMILIARES CONTABLES

Tipo de activo	Banco/Institución	Saldo
Acciones/bonos		
Certificado de depósito		
Bonos de ahorro de EE. UU.		
Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA, por sus siglas en inglés)		
Certificado de ahorro		
Cuenta Club de Navidad o Club de vacaciones		
Otros		



**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE
ST. CLAIR HOSPITAL**

INGRESOS BRUTOS MENSUALES

	PACIENTE	INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR 2	INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR 3	INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR 4
Salario/sueldo/propinas				
Subsidio por desempleo				
Seguro social				
Manutención de hijos menores de edad				
Ingresos provenientes del trabajo por cuenta propia				
Ingresos derivados de intereses/dividendos				
Jubilación				
Ingresos por alquiler				
Pagos de fideicomisos				
Indemnización por accidentes de trabajo				
Otros				

NOTA: Si no tiene ingresos y otra persona lo ayuda económicamente, haga que dicha persona complete y firme la declaración que figura a continuación:

_____ no cuenta con ingresos actualmente. Le estoy brindando asistencia actualmente para que pueda satisfacer sus necesidades alimenticias, de alojamiento y de vestimenta. También le proporciono ayuda financiera por un importe de USD _____ en promedio por mes.

X _____
Firma de la persona que brinda asistencia _____
Fecha

DECLARACIÓN JURADA - TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN FIRMARLA

Juro (o afirmo) que toda la información que se incluye en el presente formulario es veraz, correcta y completa a mi leal saber y entender. Acepto informar a St. Clair Hospital, en el plazo de una semana, todo cambio que se produzca en los ingresos, recursos económicos, u otra información mencionada en el presente formulario que pueda afectar mi idoneidad para recibir Asistencia financiera en St. Clair Hospital. Entiendo que es posible que se consulte mi información crediticia y otra información financiera pertinente a fin de verificar la declaración y mi idoneidad para el programa.

Las declaraciones fraudulentas de los pacientes realizados con la finalidad de obtener asistencia financiera se remitirán al Departamento de Justicia de Pensilvania para que se inicie el proceso judicial pertinente. Los pacientes que falsifican la solicitud del Programa ya no serán aptos para el Programa y se considerarán responsables de todos los gastos incurridos mientras estaban inscritos en el Programa con carácter retroactivo al primer día en el que se generaron dichos gastos en virtud del Programa.

X _____
Firma del solicitante _____
Fecha