



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

Número(s) de cuenta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estimado/a \_\_\_\_\_ :

Como usted ya lo sabe, Carson Valley Medical Center brinda servicios de salud de calidad a nuestra comunidad y visitantes. Es nuestro deseo asistirle en el pago de su(s) cuenta(s) lo antes posible. Nuestro Programa de Atención Comunitaria puede permitirle saldar su(s) cuenta(s), dependiendo de la información provista sobre su estado financiero.

Si está interesado en este programa, complete el formulario adjunto **EN SU TOTALIDAD**, incluso esta carta, y envíe lo siguiente con la solicitud.

1. ¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_.
  - ¿Son todos miembros de su familia?    Sí    No
  - ¿Cuáles son sus respectivos nombres, edades y parentesco/relación? \_\_\_\_\_
2. Copia de la denegatoria de Medicaid o del resultado del servicio de elegibilidad contratado por el hospital.
3. Información financiera:
  - Formulario de impuestos de usted y su cónyuge.
  - Comprobantes de pago de los últimos 90 días de usted y su cónyuge.
  - Los 3 estados de cuenta bancarios más recientes (todas las páginas) de cuentas de cheques, de ahorros y asociación de crédito.
4. Comprobantes de alquiler/hipoteca de los últimos tres meses.
5. Estados de cuentas de otras cuentas de activos (fondos de pensiones, inversiones, pólizas de aseguradoras, etc.)

**IMPORTANTE:**

**Si no recibimos su solicitud antes del \_\_\_\_\_, o no se incluye toda la información requerida, puede ser denegada por incumplimiento.**

Si tiene alguna pregunta sobre el Programa de Atención Comunitaria, no dude en contactarse con nuestra oficina.

Le informaremos el estado de su solicitud. Si hay algún saldo restante, con gusto le asistiremos.

Atentamente,

Asesor Financiero del Paciente  
775-783-3080

## SOLICITUD PARA ATENCIÓN COMUNITARIA DE CARSON VALLEY MEDICAL CENTER

### INFORME FINANCIERO CONFIDENCIAL

Para ser consideradas para el **Programa de Atención Comunitaria** de Carson Valley Medical Center, todas las solicitudes deben tener adjunta una copia de la declaración de impuestos más reciente y los tres comprobantes de pago más recientes, completar la Sección A, y firmar y fechar la solicitud.

Para ser consideradas para el **Programa de Atención Comunitaria** de Carson Valley Medical Center, todas las solicitudes deben primero solicitar asistencia del programa gubernamental (Carson Valley Medical Center tiene recursos disponibles dentro del hospital para asistir con el proceso de solicitud del programa gubernamental). Luego de que se haya determinado la asistencia del programa gubernamental, el solicitante puede solicitar asistencia financiera parcial o total. Para ser considerado para recibir asistencia financiera parcial o total, el solicitante **debe adjuntar una copia de la declaración de impuestos más reciente, los tres comprobantes de pago más recientes, los estados de cuenta bancarios de los últimos tres meses, los comprobantes de alquiler/hipoteca de los últimos tres meses, estados de cuenta de cualquier otro activo**, y completar la Sección A y la Sección B. Finalmente, el solicitante debe firmar y fechar la solicitud antes de presentarla.

Para ser consideradas para Asistencia Financiera en **Circunstancias Especiales** (el solicitante no cumple con los requisitos para el descuento), todas las solicitudes deben tener adjunta la declaración de impuestos más reciente y los tres comprobantes de pago más recientes, completar todo el formulario y la Sección C, y firmar y fechar la solicitud.

**SECCIÓN A: todos los solicitantes deben completar esta sección**

Residente de CA o NV: ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Marque esta casilla si no tiene hogar \_\_\_\_\_

Nombre:

\_\_\_\_\_

Primer

Segundo nombre

Apellido

Teléfono

Dirección de correo:

\_\_\_\_\_

Número y calle

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección física:

\_\_\_\_\_

Número y calle

Ciudad

Estado

Código postal

Estado civil (marcar una opción): Soltero/a \_\_\_\_\_ Casado/a \_\_\_\_\_ Divorciado/a / Legalmente separado/a: \_\_\_\_\_ Viudo/a: \_\_\_\_\_

Seguro social N°: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro social del cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del cónyuge: \_\_\_\_\_

Empleador del solicitante: \_\_\_\_\_ Domicilio del empleador: \_\_\_\_\_

Ocupación del solicitante: \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge: \_\_\_\_\_ Domicilio del empleador: \_\_\_\_\_

Ocupación del cónyuge: \_\_\_\_\_

Monto de manutención infantil y pensión alimentaria pagado durante los últimos 12 meses: \_\_\_\_\_

Nombre	Fecha de nacimiento	Tipo de ingreso	Ingreso de los últimos 3 meses	Ingreso de los últimos 12 meses

Total:

**SECCIÓN B: Asistencia financiera parcial o total y circunstancias especiales. Los solicitantes deben completar esta sección.**

Nombre del banco: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta: \_\_\_\_\_ Cuenta n°: \_\_\_\_\_ Saldo actual: \$ \_\_\_\_\_

Nombre del banco: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta: \_\_\_\_\_ Cuenta n°: \_\_\_\_\_ Saldo actual: \$ \_\_\_\_\_

Cantidad de personas dependientes incluyendo cónyuge (vivan o no en el mismo hogar): (listar edades): \_\_\_\_\_

Es de mi consentimiento que la información suministrada arriba es cierta. Autorizo a una agencia de crédito contratada por el hospital o su agente para verificar mi situación financiera.

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona responsable Fecha

**DECLARACIÓN DE NECESIDAD: Atención Comunitaria parcial o total, y circunstancias especiales. Los solicitantes deben completar esta sección.**

Especifique los motivos o circunstancias que le llevaron a solicitar asistencia. (Algunos ejemplos: cambio de situación laboral, circunstancias médicas inusuales, cobertura de seguro, otros problemas)

**SECCIÓN C: los solicitantes de Atención Comunitaria para circunstancias especiales deben completar esta sección.**

*Información voluntaria:*

Información adicional que usted desee que sea considerada para circunstancias especiales:

Para recibir ayuda con su **Solicitud**, contacte a nuestro Consejero Financiero del Paciente llamando al (775) 783-3080

**Solo para uso de la oficina:**

Se reunió con un Trabajador Social \_\_\_\_\_

Aprobada: \_\_\_\_ Denegada: \_\_\_\_ Valor estimado en dólares del beneficio brindado: \$ \_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

**Citar la fecha de los comentarios de arriba, incluyendo el motivo de la denegatoria, que fueron ingresados en la cuenta del paciente:** \_\_\_\_\_

Solicitud de Asistencia comunitaria y más información disponible en: [<http://www.carsonvalleymedicalcenter.org/financialassistancel>]

**ADJUNTO "C"**  
**Costo estimativo**

**ESTE COSTO ESTIMATIVO SE BASA EN LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Cuenta N°: \_\_\_\_\_

Fecha de admisión anticipada: \_\_\_\_\_

Fecha del costo estimativo: \_\_\_\_\_ Costo estimativo completado por: \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Promedio de estadía para pacientes con este diagnóstico: \_\_\_\_\_

Costos estimados para pacientes con este diagnóstico: \_\_\_\_\_

**SU RESPONSABILIDAD FINANCIERA ESTIMADA:** \$ \_\_\_\_\_

• Un depósito de \$ \_\_\_\_\_ debe cobrarse antes de la admisión.

• El paciente/garante fue notificado. [ ] N/C. Notificado por: \_\_\_\_\_

[ ] Información suministrada sobre asistencia para adversidad financiera

□ Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Al firmar abajo, dejo constancia de que he leído y comprendido la información que figura arriba sobre mi responsabilidad financiera estimada para servicios hospitalarios.*

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/garante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Solo para uso del hospital**

Código CPT utilizado

Código ICD-9 o ICD-10 utilizado

Copias: Original para Servicios Financieros del Paciente

Paciente