

Solicitud de Asistencia Financiera

Fecha de la solicitud:	Coordinador de Admisiones:	
Nombre del paciente:	Nombre del garante:	MCIS N°:
Teléfono principal del paciente:	Teléfono principal del garante:	

Unidad de admisión: _____ Programa de admisión: _____

___ CPAS/ATP	___ Compass*	___ PIC*	___ Hope*	___ Paciente ambulatorio
Para CPAS:	___ Nivel de preparación para el tratamiento*		___ Evaluación integral del paciente hospitalizado	
Para ATP:	___ Tratamiento a largo plazo		___ Diagnóstico y evaluación	
* Servicios excluidos de asistencia financiera: no cumplen los servicios de necesidad médica, tal como se definen en la política de asistencia financiera. La solicitud no se aprueba.				
La evaluación integral del paciente hospitalizado es un servicio cubierto. Se cumplen los criterios de servicio.				

Ingresos anuales del grupo familiar del garante, tal como figuran en la última declaración de impuestos federales, a la fecha de admisión:

¿Es el paciente un residente legal de los Estados Unidos que vive en el área metropolitana de Houston? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no es así, la solicitud no se aprueba.		
El área metropolitana de Houston comprende los siguientes condados: Harris, Fort Bend, Montgomery, Brazoria, Galveston, Liberty, Waller, Chambers, Austin		
___ Superior a \$130,000 (Puede informar sus propios ingresos, no requiere documentación).	___ Inferior a \$130,000 (Debe proporcionar documentación que compruebe sus ingresos).	
Los ingresos superiores a \$130,000 no cumplen los criterios financieros, tal como se definen en la política de asistencia financiera. La solicitud no se aprueba.		
Si los ingresos son inferiores a \$130,000, presentar: Ingresos anuales (incluidos los ingresos de trabajador autónomo y pensión alimenticia): _____ N° de personas en el grupo familiar: _____		
Si los ingresos anuales del grupo familiar son inferiores a \$130,000, el paciente o garante debe presentar documentación que compruebe los ingresos declarados y la cantidad de personas en el grupo familiar.		
Si la documentación comprueba las cantidades antes indicadas y el ingreso es superior al 200% del nivel federal de pobreza (FPL), la solicitud no se aprueba.		
Si la documentación respalda las cantidades antes indicadas y el ingreso es inferior al 200% del FPL, se cumplen los criterios financieros.		

Necesidad médica: ¿Cumple el paciente con el requisito de necesidad médica, según lo determinado por el proveedor para pacientes ambulatorios que proporciona el referido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cobertura de seguro médico: ¿Tiene el paciente seguro médico actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se requiere necesidad médica, un referido y cobertura de seguro médico. La solicitud no se aprueba.	
Si se determina que es médicamente necesario y se confirma la cobertura de seguro médico actual, se cumplen los criterios clínicos.	

Criterios financieros presuntos:

___ ¿Participa el paciente en algún programa de bajos ingresos? Si es así, indique el programa: _____
Se requiere documentación/verificación que respalden los requisitos. Se cumplen los criterios financieros presuntos.

Criterios para persona carente de recursos médicos:

___ ¿Ha pagado el paciente o garante a Menninger más del 20% de los ingresos anuales de su grupo familiar?	___ ¿Hace actualmente el paciente o garante pagos a otro proveedor de servicios de cuidado de la salud de más del 20% de sus ingresos?
Si es así, se requiere documentación que compruebe pagos e ingresos. Con el fin de calcular los criterios financieros, los pagos reducirán los ingresos netos del grupo familiar. Si el ingreso total es menos del 300% del nivel federal de pobreza (FPL) y los ingresos revisados suman menos del 200% del FPL, la solicitud no se aprueba.	
Si el ingreso total es de menos del 300% del nivel federal de pobreza (FPL) y los ingresos revisados suman menos del 200% del FPL, se cumplen los criterios de persona carente de recursos médicos.	

Certifico que he recibido una copia de la política de asistencia financiera de The Menninger Clinic y que la información en esta solicitud es completa y exacta. Entiendo que si proporciono información incompleta o inexacta, la cual me hubiera excluido de recibir ayuda financiera, se me revocará la ayuda y seré responsable del pago completo de los cargos, y la Clínica seguirá su política de facturación y cobranza.

Firma del garante: _____ Fecha: _____
PARA USO DE MENNINGER ÚNICAMENTE

Service Critería met? ___ Yes ___ No	Financiera Critería met? ___ Yes ___ No	Resident Critería met? ___ Yes ___ No
Clinical Critería met? ___ Yes ___ No	Financiera Presumptive Critería met? ___ Yes ___ No	Medical Indigent Critería met? ___ Yes ___ No

Financial Assistance Approved?: ___ Yes ___ No If "No", indicate reason: _____

Reviewed by:	Date:	Client Contacted by:
Date Contacted:	Appt. Set: ___ Yes ___ No	Date/Time:
Re-evaluation due:		With Whom: