

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:	___ Dolor*	___ Nivel de preparación para el tratamiento*		___ Evaluaciones integrales del paciente hospitalizado	

* 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 se definen en la política de asistencia financiera, a la fecha de admisión:

¿El garante es residente legal de los Estados Unidos? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si no es residente legal de los Estados Unidos, la solicitud no se aprueba.
___ Superior a \$150,000 (Puede informar sus propios ingresos, no requiere documentación).	___ Inferior a \$150,000 (Debe proporcionar documentación que compruebe sus ingresos).	
Los ingresos superiores a \$150,000 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 \$150,000, 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 \$150,000, 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 300% 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 300% del FPL, se cumplen los criterios financieros.		

Necesidad médica:

Cobertura de seguro médico:

¿El paciente cumple con el requisito de necesidad médica? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene el paciente seguro médico actualmente? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Se requiere necesidad médica y cobertura de seguro médico para obtener la asistencia financiera, tal como lo define la política de asistencia financiera.			
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 mayor al 400% del nivel federal de pobreza (FPL) y los ingresos revisados suman más del 300% del FPL, la solicitud no se aprueba.	
Si el ingreso total es de menos del 400% del nivel federal de pobreza (FPL) y los ingresos revisados suman menos del 300% 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. Doy fe de que, según mi leal saber y entender, toda la información incluida en la solicitud de asistencia financiera adjunta y los documentos de respaldo es completa y precisa. Entiendo que si se proporciona información incompleta o imprecisa o si se falsifica alguno de estos documentos, The Menninger Clinic se reserva el derecho de excluirme de forma retroactiva de la asistencia financiera. Entiendo que seré financieramente responsable de todos los cargos y que The Menninger Clinic seguirá su política de facturación y cobro.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del garante: _____ Fecha: _____

(NO MARQUE DEBAJO DE ESTA LÍNEA)

Service Criteria met? ___ Yes ___ No	Financial Criteria met? ___ Yes ___ No	Resident Criteria met? ___ Yes ___ No	Medical Indigent Criteria met? ___ Yes ___ No
Clinical Criteria met? ___ Yes ___ No	Financial Presumptive Criteria 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: