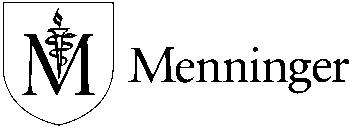
**Solicitud de Asistencia Financiera**



|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de la solicitud | | | Coordinador de Admisiones: | | | |
| Nombre del paciente: | | | Nombre del garante: | | | N.º de ID: |
| Teléfono principal del paciente: | | | Teléfono principal del garante | | | |
|  | | |  | | | |
| **Unidad de admisión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | **Programa de admisión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| CPAS/ATP | \_\_\_ Compass\* | \_\_\_ Profesionales\* | | \_\_\_ 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 para CPAS/ATP 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:

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Es el paciente un residente legal de los Estados Unidos que vive en el estado de Texas desde hace por lo menos 6 meses? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Si no es así, **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.º 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 400% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés), **la solicitud no se aprueba**.  Si la documentación respalda las cantidades antes indicadas y el ingreso es inferior al 400% del FPL, **se cumplen los criterios financieros**. | |

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 (si no es el paciente): Fecha:

**PARA USO DE MENNINGER ÚNICAMENTE**

**Criterios de necesidad médica:**

|  |
| --- |
| Necesidad médica: ¿Cumple el paciente con el requisito de necesidad médica, según lo determinado por el proveedor para pacientes ambulatorios que proporciona el referido? \_\_\_ Sí \_\_\_ No |
| Se requiere la necesidad médica y la derivación. Si no, **la solicitud no se aprueba.**  Si se determina la necesidad médica, **los criterios clínicos se cumplen.** |

**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 más del 300% del FPL, **se requiere revisión adicional.**  Si el ingreso total es de menos del 300% del nivel federal de pobreza (FPL) y los ingresos revisados suman menos del 300% del FPL, **no se requiere revisión adicional.** | |

¿Se aprobó la asistencia financiera? \_\_\_ Sí \_\_\_ No En caso negativo, explique el motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Revisado por: | | Fecha: | | Cliente contactado por: | |
| Fecha de contacto: | Cita programada: \_\_\_ Sí \_\_\_ No | | Fecha/hora: | | Con quién: |
| Reevaluación pendiente: | | | | | |