MONROE COUNTY HOSPITAL
NAVICENT HEALTH PARTNER

SOLICITUD DE ATENCIÓN PARA PERSONAS SIN RECURSOS

Nombre del paciente:_____ Fecha de nacimiento:_____

Teléfono:_____

Dirección:_____ SSN:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código

postal:_____

Persona responsable de la factura:

_____

****

Enumere a todas las personas del hogar. Comience con el paciente: Incluya SSN = Número de Seguro Social, Fecha de nacimiento y REL = Relación con el paciente.

Apellido, Nombre	SSN	Estado civil	REL	Fecha de nacimiento	Empleador	Ingresos

N.º de Medicare:_____ Compañía de seguro:_____ N.º de

póliza:_____

N.º de Medicaid:_____ Beneficios para veteranos: □ Sí □ No

Solicitaré cualquier servicio (Medicare, Medicaid, seguro, etc.) que pueda estar disponible para el pago de mi factura. Tomaré cualquier medida razonablemente requerida para obtener asistencia. Cederé a Monroe County Hospital, o le pagaré, cualquier cantidad recibida de dicha fuente para cubrir la factura hospitalaria. Por la presente autorizo a Monroe County Hospital a investigar y obtener la información necesaria
para determinar la elegibilidad para los servicios. Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, proporcione información materialmente falsa, o que oculte cualquier

información relacionada con un hecho material falso en este documento, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito.

Firma del solicitante: _____ Fecha:_____

Firma del asesor: _____ Fecha:_____

Aprobación del gerente: _____

Fecha:_____

Recursos	Cantidad	Recursos	Cantidad	Ubicación
Manutención infantil		Cuenta corriente		
Desempleo		Cuenta de ahorros		
Pensión alimenticia		Efectivo		
Jubilación/Pensión		Fondo fiduciario		
Cupones de alimentos		Acciones/Bonos		
Otros		Otros		

Activos	Descripción	Valor	Saldo	Pago	Acreedor
Hipoteca de la vivienda					
Bienes raíces					
Automóvil n.º 1					
Automóvil n.º 2					
Otro					

SOLO PARA USO INTERNO:
Número de dependientes:_____ Ingreso total contabilizable: $_____
Verificación de ingresos proporcionada: □ Sí □ No
Elegible para servicios de atención para personas sin recursos (gratuitos): □ Sí □ No Elegible para descuento:_____%
No elegible: □ Motivo: _____

Aviso enviado por correo:_____ Iniciales del asesor: _____ Fecha:_____

Cuenta	Fecha del servicio	Cantidad	Tipo de servicio