



[Date]

Estimado paciente/solicitante:

Henry Ford Health está impulsado por la compasión y se dedica a proporcionar atención personalizada para todos, en especial aquellos que más la necesitan. Ofrecer asistencia financiera a nuestros pacientes es nuestra misión y un privilegio. La asistencia financiera solo está disponible para emergencias y otros tipos de atención médica necesaria por razones médicas. Gracias por confiarnos la atención médica de todas sus necesidades de salud y las de su familia.

Le enviamos esta carta y la aplicación de asistencia financiera adjunta debido a que hemos recibido su aplicación. Si no ha enviado una aplicación, puede hacer caso omiso. Complete ambos lados e incluya fecha y firma antes de devolverla. Si usted completó una aplicación dentro de los últimos seis meses y le aprobaron asistencia financiera, háganoslo saber, ya que es posible que no tenga que completar una nueva aplicación. Lamentablemente, no podemos apoyarnos en una aplicación previa de más de seis meses.

Junto con su aplicación, necesitará proporcionar una verificación de los ingresos de su hogar y de todos los activos pertenecientes a cualquier miembro del hogar.

**Ejemplos de prueba de ingresos y activos incluyen:**

- Copias de los tres recibos de pago de sueldo más recientes emitidos por el empleador.
- Copias de la declaración de impuestos anual más reciente (si trabaja por cuenta propia, incluya todos los anexos).
- Carta de concesión del Seguro Social o de la pensión de jubilación.
- Declaración de impuestos anual más reciente del padre, madre o tutor legal, si el solicitante es un dependiente listado en su formulario de impuesto y menor de 25 años de edad.
- Copia del recibo de beneficios de desempleo.
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado.
- Otros documentos de validación de ingresos.

**Ejemplos de prueba de activos incluyen:**

- Declaraciones bancarias actuales (cheques y cuentas de ahorro) de los últimos tres meses
- Inversiones, incluidas acciones y bonos.
- Fondos de fideicomiso
- Cuentas de mercado financiero
- Fondos mutuos

Si recibe ayuda de o vive con familiares o amigos, haga que completen el formulario adjunto titulado "Letter of Support" (Carta de Apoyo). Esto no los hará responsables de sus facturas médicas. Esto ayudará

a mostrar la manera en que paga sus gastos de vida. Si no recibe ayuda de familiares y amigos, no es necesario que complete el formulario de Carta de Apoyo.

Por último, podríamos considerar sus facturas médicas pendientes para ser beneficiario de asistencia financiera. Si quiere que las consideremos, proporcione documentación de sus costos médicos y de fármacos/medicamentos mensuales pendientes, tales como recibos actuales o declaraciones de saldo de cuenta. **Tenga en cuenta que se deben recibir la 1) aplicación completada junto con la 2) prueba de ingreso, 3) los activos y 4) las facturas médicas pendientes (si corresponde) para que se considere la aplicación. No podemos procesar ni considerar aplicaciones que no estén completas.**

Cuando presente su aplicación, tenga en cuenta que las comunicaciones a través de correo electrónico por internet no son seguras. Aunque sea poco probable, existe la posibilidad de que terceros intercepten y lean la información que incluya en un correo electrónico, además de la persona a la que está dirigida. Queremos proteger su información personal y asegurarnos de que esté segura. Dado que la aplicación contiene su número de Seguro Social y otra información privada, le instamos a que se abstenga de enviarla por correo electrónico.

**Imprima y entregue por correo o en persona su aplicación completada y documentación de respaldo a la siguiente dirección:**

<b>Facility/Office where service was provided</b>	<b>Mail Completed Applications to:</b>
Henry Ford St. John Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford Warren Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford Madison Heights Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford Providence Novi Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford Providence Southfield Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford River District Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford SEMI Medical Group	PO BOX 80278, Indianapolis, IN 46240

Estamos aquí para ayudar y queremos asegurarnos de que los pacientes que califican para recibir asistencia financiera la reciban. Si tiene alguna pregunta sobre esta aplicación, la documentación de respaldo requerida, o sobre cómo hacernos llegar mejor su

<b>Facility where service was provided</b>	<b>Phone #</b>
Henry Ford St. John Hospital	877-809-6191
Henry Ford Warren Hospital	888-329-0421
Henry Ford Madison Heights Hospital	888-329-0421
Henry Ford Providence Novi Hospital	800-878-2455
Henry Ford Providence Southfield Hospital	800-878-2455
Henry Ford River District Hospital	888-329-0421

Atentamente,

Los Servicios Financieros para el  
Paciente de Henry Ford Health

# Formulario de solicitud de asistencia financiera



## Información del paciente

(Todos los campos se deben completar en letra de imprenta. Si alguna línea individual de la solicitud no aplica para usted, escriba N/A)

Fecha \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_  
Nombre (nombre y apellido) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección de correspondencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Número del Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Situación laboral \_\_\_\_\_  
Número de horas de trabajo semanales \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

## Información de la persona responsable o del tutor legal

(Si el paciente en cuestión es también la persona responsable, deje esta sección en blanco).

Nombre (primer nombre y apellido) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección de correspondencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Número del Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Situación laboral \_\_\_\_\_  
Número de horas de trabajo semanales \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

## Información del cónyuge de la parte responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, rellene la información del cónyuge del paciente).

Nombre (primer nombre y apellido) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección de correspondencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Número del Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Situación laboral \_\_\_\_\_  
Número de horas de trabajo semanales \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

## Dependientes de la persona responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, rellene la información del cónyuge del paciente).

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona responsable \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona responsable \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona responsable \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona responsable \_\_\_\_\_  
Número de adultos y niños que viven en el grupo familiar \_\_\_\_\_

## Ingresos mensuales

(Complete la información de esta sección utilizando cantidades en dólares para cada uno de los elementos que se enumeran a continuación. Indique una cantidad mensual para cada uno).

Ingresos devengados del solicitante \_\_\_\_\_  
Ingresos del cónyuge del solicitante \_\_\_\_\_  
Beneficios del Seguro Social \_\_\_\_\_  
Ingresos por pensión/jubilación \_\_\_\_\_  
Ingresos por incapacidad \_\_\_\_\_  
Compensación por desempleo \_\_\_\_\_  
Indemnización laboral \_\_\_\_\_  
Ingresos por intereses/dividendos \_\_\_\_\_

Manutención infantil recibida \_\_\_\_\_  
Pensión alimenticia recibida \_\_\_\_\_  
Ingresos por alquiler de propiedades \_\_\_\_\_  
Cupones de alimentos \_\_\_\_\_  
Distribución de fondos fiduciarios recibidos \_\_\_\_\_  
Otros ingresos \_\_\_\_\_  
Otros ingresos \_\_\_\_\_  
**Total de ingresos brutos mensuales \$** \_\_\_\_\_

## Gastos mensuales de costo de la vida

Hipoteca/alquiler \_\_\_\_\_  
Servicios públicos \_\_\_\_\_  
Teléfono (fijo) \_\_\_\_\_  
Teléfono móvil \_\_\_\_\_  
Comestibles/alimentos \_\_\_\_\_  
Servicio de cable/internet/televisión satelital \_\_\_\_\_  
Pago de automóvil \_\_\_\_\_  
Cuidado de los niños \_\_\_\_\_

Manutención infantil/pensión alimentaria \_\_\_\_\_  
Tarjetas de crédito \_\_\_\_\_  
Facturas de médicos y hospitales \_\_\_\_\_  
Seguro de automóvil \_\_\_\_\_  
Seguro de vivienda/propiedad \_\_\_\_\_  
Seguro médico/salud \_\_\_\_\_  
Seguro de vida \_\_\_\_\_  
Otros gastos mensuales \_\_\_\_\_  
**Total de gastos mensuales \$** \_\_\_\_\_

## Activos

Efectivo/ahorros/cuentas corriente \_\_\_\_\_  
Acciones/bonos/inversiones/certificados de depósito \_\_\_\_\_  
Otros bienes inmuebles/vivienda secundaria \_\_\_\_\_  
Barco/RV/motocicleta/vehículo recreativo \_\_\_\_\_  
Automóviles de colección/automóviles no esenciales \_\_\_\_\_  
Otros activos \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera y está completa. Por la presente, autorizo al hospital para obtener información brindada por organismos externos de reportes crediticios en caso de que hospital lo considere necesario.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Comentarios** \_\_\_\_\_



# Carta de respaldo

Número de registro médico del paciente/número de cuenta \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que respalda \_\_\_\_\_

Relación con el paciente/solicitante \_\_\_\_\_

Dirección de la persona que respalda \_\_\_\_\_

Para Henry Ford Health:

Esta carta es para informar que (nombre del paciente) \_\_\_\_\_  
recibe pocos ingresos, o ninguno, y que yo estoy ayudando con sus gastos de vida. Esta persona no está  
legalmente obligada frente a mí.

Al firmar esta declaración acepto que la información proporcionada es verdadera, a mi leal saber y entender.

Firma de la persona que respalda \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_