

Massachusetts Eye and Ear Infirmary
Formulario de asistencia financiera

Información del paciente y de su familia (utilice el reverso de este formulario si necesita más espacio):

Fecha: _____
 Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____
 Ciudad, estado, código postal: _____
 Número de teléfono: _____

Parte(s) financieramente responsable(s):

Relación de la(s) parte(s) financieramente responsable(s) con el paciente:

- El paciente es el responsable
 Padre/Madre
 Cónyuge
 Hijo adulto
 Hermano/a
 Otro

¿Contaba el paciente con un seguro médico al momento de recibir los servicios?

- Sí No

Si la respuesta es "sí", adjunte una copia de la tarjeta de seguro médico (anverso y reverso) y complete los siguientes datos:

Nombre de la compañía de seguro: _____
 Número de póliza: _____
 Número de grupo: _____
 Nombre del suscriptor: _____

Mencione todos los familiares, incluidos el paciente, cónyuge, padres, hijos y hermanos, que vivan en la casa del paciente:

	Familiares	Edad	Relación con el paciente
1.			
2.			
3.			
4.			

Ingreso: Mencione TODOS los ingresos de las partes responsables incluidos los salarios brutos (previos a la deducción de impuestos), ingresos por arrendamiento, beneficios por desempleo, beneficios del Seguro Social, pago de jubilación, manutención infantil, pensión de alimentos, etc.:

	Familiar	Fuente de ingreso o empleador	Ingreso mensual
1.			
2.			
3.			

Favor de brindar **copias** de dos recibos de sueldo consecutivos, cartas de reconocimiento o declaraciones de otros ingresos, o su declaración jurada de impuestos federales más reciente.

Continúe con el formulario en la página siguiente.

Massachusetts Eye and Ear Infirmary
Formulario de asistencia financiera

Activos: Mencione los activos financieros como ser ahorros y cuentas corriente, certificados de depósito, acciones y fondos comunes de inversión. No incluya planes de retiro ni de compensación diferida:

Institución financiera	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Saldo
1.			
2.			
3.			
4.			

Favor de brindar **copias** del estado de cuenta actual de cada cuenta.

Gastos médicos: Si usted tiene gastos médicos familiares que quisiera que se tuvieran en cuenta a la hora de determinar cuánto puede pagar, por favor complete los siguientes datos:

Gastos hospitalarios:

Nombre de la institución	Monto pagado en los últimos 12	Monto pendiente de pago	Nombre del paciente
1.			
2.			
3.			

Gastos del médico:

Nombre del médico o grupo médico	Monto pagado en los últimos 12	Monto pendiente de pago	Nombre del paciente
1.			
2.			
3.			

Otras facturas médicas:

Nombre del proveedor	Monto pagado en los últimos 12	Monto pendiente de pago	Nombre del paciente
1.			
2.			
3.			

Favor de brindar **copias** de todos los resúmenes que muestren montos pendientes.

Continúe con el formulario en la página siguiente.

Massachusetts Eye and Ear Infirmary
Formulario de asistencia financiera

Circunstancias financieras extraordinarias: Complete toda la información que corresponda:

Desempleo:

La parte responsable está desempleada.

Fecha en la que trabajó por última vez: _____

Pago atrasado de vivienda:

Dirección residencial	Arrendatario o dueño	Monto atrasado (renta o capital e intereses de una hipoteca, impuestos y seguro de bienes inmuebles)

Favor de brindar **copias** de todos los resúmenes actuales que muestren pagos atrasados.

Explique cualquier otra circunstancia financiera extraordinaria que la parte responsable quisiera que se tuviera en cuenta al momento de determinar cuánto puede pagar:

Descripción de otras circunstancias financieras extraordinarias	Pago mensual	Monto pendiente de pago	Monto atrasado

Favor de brindar **copias** de cualquier documentación adicional que avale otras circunstancias financieras extraordinarias que quisiera que se tuvieran en cuenta al momento de determinar cuánto puede pagar.

Otras partes responsables: Indique si hay otra persona que no haya sido mencionada anteriormente que sea legalmente responsable del pago de los gastos médicos del paciente, como por ejemplo un tutor.

- Sí, hay otra persona que es legalmente responsable de los gastos médicos del paciente.
 No, no hay otra persona que sea legalmente responsable de los gastos médicos del paciente.

Si la respuesta es "sí", por favor complete los siguientes datos:

Nombre	Dirección	Rol o relación

Continúe con el formulario en la página siguiente.

Massachusetts Eye and Ear Infirmary
Formulario de asistencia financiera

Evidencia de denegación de Medicaid: Brinde copias de denegaciones escritas del programa de MassHealth (cuando la solicitud no haya sido presentada directamente por Massachusetts Eye and Ear) o del programa de Medicaid de su estado.

La parte responsable acepta que debe informarle a Massachusetts Eye and Ear cualquier cambio o actualización en su seguro.

No envíe documentos originales. Envíe únicamente fotocopias. No devolveremos los originales.

Certificación: A través de mi firma que aparece a continuación, certifico que he leído este formulario con atención, y que todo lo que declaré y toda la documentación que adjunté son verdaderos y fieles a mi leal saber y entender. **Entiendo que es ilegal presentar información falsa de forma deliberada para obtener asistencia financiera.**

Firma de parte(s) responsable(s):

Fecha: _____

Si tiene alguna pregunta con respecto a esta solicitud o a la política de asistencia financiera de Massachusetts Eye and Ear Infirmary, comuníquese con nuestros Coordinadores Financieros por teléfono al 617-573-5664 o por correo electrónico a: FINANCIAL_COORDINATORS@MEEI.HARVARD.EDU.

Devolver esta solicitud a:

**Massachusetts Eye and Ear
243 Charles Street
Boston, MA 02114-3096
Attn: Financial Coordinators**