

Solicitud de asistencia financiera de Partners HealthCare

Sírvase imprimir y completar todas las secciones de la solicitud que le correspondan. Esta solicitud no se puede completar por vía electrónica. Lea todas las instrucciones antes de completar la solicitud.

Esta solicitud se utiliza para evaluar su elegibilidad para recibir asistencia financiera en las facturas médicas de los proveedores de Partners HealthCare. Puede usar este formulario para solicitar ayuda con las facturas de atención médica de cualquiera de las siguientes entidades de Partners HealthCare:

Massachusetts General Hospital	Massachusetts General Physicians Organization
Brigham & Women's Hospital	Brigham & Women's Physicians Organization
North Shore Medical Center	North Shore Physicians Group
Newton-Wellesley Hospital	Newton-Wellesley Medical Group
Brigham & Women's Faulkner Hospital	Martha's Vineyard Hospital
Nantucket Cottage Hospital	Nantucket Cottage Medical Group
Cooley-Dickenson Hospital	Cooley-Dickenson Medical Group
Spaulding Rehabilitation Network	McLean Hospital

La asistencia financiera de Partners no se considera un sustituto de la inscripción en alguno de los programas de seguro médico disponibles. Los descuentos son limitados en función del tipo de servicios recibidos y del lugar donde se prestó la atención.

- Por lo general, los servicios de emergencia y los servicios de urgencia se considerarán para los descuentos.
- En la mayoría de los casos, los servicios electivos, los servicios de cuidados postagudos y los servicios de salud conductual (que no sean de emergencia) quedan excluidos de los descuentos de asistencia financiera. Por lo general, para los servicios electivos, los servicios de cuidados postagudos o los servicios de salud conductual, se verifica la situación financiera antes de la prestación, y estos servicios pueden postergarse en función del estado médico general del paciente después de una revisión de los proveedores correspondientes.
- La categoría "Otros servicios" siempre queda excluida de los descuentos de asistencia financiera.
- Los descuentos en los copagos, el coseguro o los deducibles del seguro quedan generalmente excluidos.

Si no solicita un programa de asistencia del gobierno para el cual quizás sea elegible, ello podría derivar en una demora o en la denegación de su solicitud. Si necesita ayuda para solicitar programas de asistencia del gobierno, uno de nuestros asesores financieros de PHS puede ayudarlo.

Debe divulgar en su totalidad cualquier otra cobertura, reclamación de responsabilidad civil ante terceros, cobertura para vehículos motorizados o cobertura de compensación por accidentes de trabajo que se deba considerar.

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, comuníquese con los [Servicios Financieros para Pacientes](#) de su hospital, o llame al (617) 726-3884.

Solicitud de asistencia financiera de Partners HealthCare

Lista de verificación de la solicitud

- Complete todas las secciones que correspondan de la solicitud. Si se puede dejar en blanco una sección, estará indicado.
- Incluya una copia de su licencia de conducir, otra identificación con fotografía o documentos que demuestren su residencia actual. Toda la documentación enviada debe incluir su nombre (Sección 1).
- Incluya algún tipo de verificación de sus ingresos (Sección 3 y Sección 4).
 - Incluya una copia del formulario 1040 o 1040A del Servicio de Impuestos Internos (IRS) más reciente.
 - Si ha habido un cambio reciente en sus ingresos, incluya documentación, como talones de cheque (4 como mínimo), estados de cuenta del seguro de desempleo, estados de cuenta bancarios o de inversiones, o estados de cuenta del seguro social.
- Si los ingresos de su familia superan el 300 % de las pautas federales de pobreza (FPG) actuales de los EE. UU., también debe completar la Sección 5. Usted se encuentra por encima del 300 % de las FPG si sus ingresos superan los siguientes límites:

Cantidad de integrantes de la unidad familiar	1	2	3	4	5
FPG de 2019	\$37,476	\$50,736	\$63,996	\$77,256	\$90,516

- Es posible que se tomen en cuenta sus bienes para determinar su capacidad de pago de las facturas médicas. Deberá suministrar información sobre sus bienes si alguna de las siguientes afirmaciones se aplica a usted (Sección 6):
 - Su residencia permanente es fuera de los Estados Unidos.
 - Solicita un descuento para un servicio que, por lo general, no es elegible (p. ej., atención no relacionada con una emergencia, copagos, coseguro y deducibles).
 - Solicita un descuento en McLean Hospital, Partners HealthCare at Home o un centro de Spaulding Network.
- Envíe las solicitudes completas directamente a uno de los [asesores financieros para pacientes de PHS](#), O BIEN por correo a la siguiente dirección:

Partners HealthCare
Patient Billing Solutions
399 Revolution Drive, Suite 410
Somerville, MA 02145-1462

Para garantizar la pronta revisión de su solicitud, complete todas las secciones excepto que se indique lo contrario. El procesamiento de la solicitud se demorará si falta información o documentación obligatorias.

Solicitud de asistencia financiera de Partners HealthCare

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Sírvase completar esta sección sobre el solicitante. El solicitante es el paciente o la persona que es financieramente responsable por el paciente.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA: incluya documentación que demuestre su residencia: licencia de conducir, otra identificación con fotografía o documentos que prueben su residencia actual. Toda la documentación enviada debe incluir su nombre.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento	Género Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Números de teléfono Particular: ()) Laboral: ()) Celular: ())	Dirección postal (incluya la ciudad, el estado y el código postal)	
Nombre del paciente <i>(si difiere del solicitante)</i>	Fechas de servicio del paciente (incluya el lugar donde se prestaron los servicios)	
Fecha de nacimiento del paciente <i>(si difiere del solicitante)</i>		
Número de historia clínica (MRN) y número de cuenta (estado de cuenta) del paciente		

Solicitud de asistencia financiera de Partners HealthCare

2. INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Si corresponde, incluya la información sobre el cónyuge y los hijos menores de 19 años que vivan con el solicitante. Esta sección se puede dejar en blanco si el solicitante no vive con un cónyuge o hijos.

Nombre del integrante de la familia	Relación	Fecha de nacimiento

3. INGRESOS DEL TRABAJO

Sírvase completar esta sección sobre los ingresos del trabajo del solicitante y de cada uno de los integrantes de la unidad familiar indicados en la Sección 2 que trabajen. **Indique los ingresos brutos, que son los ingresos antes de los impuestos y las deducciones.** Esta sección se puede dejar en blanco si el solicitante y los integrantes de la unidad familiar no tienen ingresos del trabajo.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA: incluya documentación que verifique estos ingresos: recibos de pago, impuestos a los ingresos, formularios W-2, estados de cuenta bancarios u otras pruebas.

Nombre del integrante de la familia que trabaja	Nombre y dirección del empleador	Monto bruto percibido	Frecuencia <i>marque una opción</i>	Uso exclusivo del establecimiento
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	

Solicitud de asistencia financiera de Partners HealthCare

4. OTROS INGRESOS

Sírvase completar esta sección sobre otros ingresos del solicitante y de cada uno de los integrantes de la unidad familiar indicados en la Sección 2 que obtengan otros ingresos. Otros ingresos son ingresos que recibe que no provienen de un empleador. **Indique los ingresos brutos, que son los ingresos antes de los impuestos y las deducciones.** Esta sección se puede dejar en blanco si el solicitante y los integrantes de la unidad familiar no tienen otros ingresos.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA: incluya documentación que verifique estos ingresos: recibos de pago, impuestos a los ingresos, formularios W-2, estados de cuenta bancarios u otras pruebas.

Tipo de ingreso	Integrante de la familia que recibe los ingresos	Monto bruto obtenido	Frecuencia <i>marque una opción con un círculo</i>	Uso exclusivo del establecimiento
Desempleo			semanal, mensual, anual	
Seguro social			semanal, mensual, anual	
Beneficios para veteranos			semanal, mensual, anual	
Rentas vitalicias y pensiones			semanal, mensual, anual	
Manutención de hijos y pensión alimentaria			semanal, mensual, anual	
Ingresos por alquileres			semanal, mensual, anual	
Compensación por accidentes de trabajo			semanal, mensual, anual	
Ingresos por dividendos e intereses			semanal, mensual, anual	
Otro			semanal, mensual, anual	

5. OTROS GASTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Es posible que esta sección no se aplique a usted. Complétela solo si sus ingresos familiares superan el 300 % de las pautas federales de pobreza (FPG) (como se indica en la página 2).

Si sus ingresos superan el 300 % de las pautas federales de pobreza, debe indicar los gastos de atención médica realizados en centros no incluidos en la página 1 (es decir, establecimientos que no pertenezcan a Partners HealthCare). Esta sección se puede dejar en blanco si sus ingresos familiares son inferiores al 300 % o si no tiene gastos de atención médica de establecimientos fuera de Partners HealthCare. Es posible que más adelante le soliciten documentación, pero no es necesaria en este momento.

Gastos médicos	Monto total	¿Cuál es la frecuencia de estos costos?	Uso exclusivo del establecimiento <i>Costo total</i>
Facturas médicas		semanal, mensual, anual	
Facturas de farmacia		semanal, mensual, anual	

Solicitud de asistencia financiera de Partners HealthCare

6. INFORMACIÓN SOBRE LOS BIENES

Es posible que esta sección no se aplique a usted. Complétela solo SI:

- su residencia permanente es fuera de los Estados Unidos, **O BIEN**
- solicita un descuento para atención no relacionada con una emergencia o para copagos, coseguro o deducibles. Los pacientes que soliciten asistencia financiera para atención no relacionada con una emergencia prestada en una entidad de Spaulding Network o en McLean Hospital no deben presentar información sobre sus bienes.

Esta sección se puede dejar en blanco si usted no se encuentra en ninguna de las categorías indicadas arriba.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA: incluya documentación que verifique estos ingresos: estados de cuenta bancarios u otras pruebas.

No es necesario que incluya su vivienda principal (el lugar donde vive).

Bienes	Propietarios	Nombre del banco o la compañía	Valor en efectivo
Cajas de ahorro			
Cuentas corrientes			
Cuentas en cooperativas de crédito			
Fondos fiduciarios			
Acciones o bonos			
Cuentas del mercado monetario			
Fondos comunes de inversión			
Propiedad comercial o de inversión			
Otro			

Solicitud de asistencia financiera de Partners HealthCare

7. AUTORIZACIÓN

Lea detenidamente esta sección y firme al final.

Toda la información incluida en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender. Acepto suministrar documentación adicional si me lo solicitan. **Comprendo que esta información confidencial no se puede divulgar a ningún tercero fuera de Partners HealthCare System, Inc. sin mi previa autorización.**

Firma del solicitante

Fecha

Si firma en nombre del solicitante: Toda la información incluida en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender.

Firma del representante autorizado

Fecha

Nombre del representante autorizado

Relación con el solicitante

Número de teléfono de contacto _____

Antes de enviar la solicitud, asegúrese de haber completado todas las secciones que correspondan y de haber incluido todos los documentos solicitados para verificar su situación financiera.

Las solicitudes incompletas no serán aprobadas.