

Asistencia financiera

Instrucciones para el formulario de solicitud

Esta es una solicitud de asistencia financiera en Springfield Family Physicians.

Springfield Family Physicians brinda asistencia financiera en concordancia con los requisitos estatales y federales a las personas y familias que cumplen determinados requisitos de ingresos. Puede calificar para una atención gratuita o con precios reducidos dependiendo del tamaño de su familia y sus ingresos, incluso si tiene seguro de salud.

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera cubre la atención primaria adecuada basada en los servicios proporcionados por Springfield Family Physicians dependiendo de su elegibilidad.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud: Visite nuestra Oficina comercial en persona o llámenos al 541-747-4300. Puede obtener ayuda por cualquier motivo.

Para que se procese su solicitud, debe:

- ✚ Darnos información sobre su familia
Completar la cantidad de miembros de su familia en su hogar (la familia incluye las personas emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción que vivan juntas)
- ✚ Darnos información sobre los ingresos mensuales brutos de su familia (los ingresos antes de los impuestos y las deducciones)
- ✚ Adjuntar información adicional si es necesaria
- ✚ Firmar y fechar el formulario

No tiene que brindar un número de Seguro Social para solicitar la asistencia financiera. Si nos da su

número de Seguro Social, nos ayudará a acelerar el procesamiento de su solicitud. Los números de Seguro Social se usan para verificar la información proporcionada. Si no tiene un número de Seguro Social, maque "no corresponde" o "N/C".

Envíe por correo o fax la solicitud completada con toda la documentación a: Springfield Family Physicians Attn: Business Office 2644 Suzanne Way Eugene OR 97408. Fax: 541-747-0655. Asegúrese de quedarse con una copia.

Para presentar la solicitud completada en persona: Puede dejar su solicitud completada en cualquiera de las clínicas de Springfield Family Physicians. El horario de atención es de 8 a. m. a 5 p. m.

Le notificaremos la determinación final de elegibilidad antes de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud de asistencia financiera completa, incluida la documentación de ingresos.

Con la presentación de la solicitud de asistencia financiera, usted da su consentimiento para que hagamos las averiguaciones necesarias para confirmar la información y las obligaciones financieras.

Formulario de solicitud de asistencia financiera de Springfield Family Physicians -

CONFIDENCIAL

Complete toda la información. Si no corresponde, escriba "N/C". Adjunte páginas adicionales si es necesario.

INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN

¿El paciente necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, indique el idioma preferido:

¿El paciente ha solicitado Medicaid? ☐ Sí ☐ No

¿El paciente recibe servicios de asistencia pública estatales como TANF, Basic Food o WIC? ☐ Sí ☐ No

¿El paciente actualmente está sin hogar? ☐ Sí ☐ No

¿La necesidad del paciente de asistencia médica está relacionada con un accidente de automóvil o lesión laboral? ☐ Sí ☐ No

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizarle que calificará para recibir asistencia financiera, incluso si hace la solicitud.
- Cuando envíe la solicitud, verificaremos toda la información.
- Le notificaremos si califica para la asistencia antes de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud completada y la documentación.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Nombre del paciente	Segundo nombre del paciente	Apellido del paciente
☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro Puede especificar:	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (Opcional)
Persona responsable de pagar la factura	Relación Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social (Opcional)
Dirección de correspondencia		Número(s) principal(es) de contacto
Ciudad	Estado	Código postal
		Dirección de correo electrónico:

Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura

☐ Empleado Fecha de contratación: _____ ☐ Desempleado ¿Hace cuánto tiempo?: _____

☐ Independiente ☐ Estudiante ☐ Discapacitado ☐ Jubilado ☐ Otra:

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Indique los miembros de su familia que viven en su hogar, incluido usted. "Familia" incluye personas emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción que vivan juntas. **TAMAÑO DE LA FAMILIA** _____

INFORMACIÓN DE INGRESOS

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia.

INGRESOS MENSUALES BRUTOS: \$ _____

Formulario de solicitud de asistencia financiera de Springfield Family Physicians -
CONFIDENCIAL

INFORMACIÓN ADICIONAL

Use esta sección si tiene otra información sobre su situación financiera actual que desee que sepamos, como dificultades económicas, gastos médicos excesivos, ingresos temporales o zafrales o pérdida personal.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Springfield Family Physicians puede verificar la información revisando la información crediticia y obteniendo información de otras fuentes que le ayuden en la determinación de elegibilidad para la asistencia financiera o los planes de pago.

Afirmo que la información anterior es genuina y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información brindada es falsa, el resultado será la denegación de asistencia financiera y que seré responsable de pagar todos los servicios prestados.

Firma de la persona que hace la solicitud

Fecha