



Eastern Connecticut Health Network

NOMBRE DEL PACIENTE:
N.º DEL PACIENTE:
N.º DE HISTORIAL MÉDICO:

I. PACIENTE/PERSONA RESPONSABLE				
APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	ESTADO CIVIL	N.º DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN				
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	¿CUÁNTO TIEMPO HA ESTADO VIVIENDO EN ESTA DIRECCIÓN?	TELÉFONO DE LA CASA
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR			TELÉFONO DE OFICINA	DURACIÓN DEL EMPLEO
PUESTO/CARGO			INGRESO MENSUAL \$	PERÍODO DE PAGO

II. INGRESOS DEL CÓNYUGE				
APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	ESTADO CIVIL	N.º DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN				
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	¿CUÁNTO TIEMPO HA ESTADO VIVIENDO EN ESTA DIRECCIÓN?	TELÉFONO DE LA CASA
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR			TELÉFONO DE OFICINA	DURACIÓN DEL EMPLEO
PUESTO/CARGO			INGRESO MENSUAL \$	PERÍODO DE PAGO

CONSTANCIA DE INGRESOS DE TODOS LOS ASALARIADOS EN EL HOGAR

Deben adjuntarse las constancias de los documentos de ingresos **actuales, incluyendo el Formulario de Impuesto Federal sobre la Renta (1040) más reciente.

OBLIGATORIO: Formulario (1040) actual de impuesto federal sobre la renta _____

Formulario (s) W2 del año anterior _____

Los últimos 4 comprobantes de pago: _____ (Si actualmente está empleado, debe incluir los recibos de pago)

Declaración(es) del Seguro Social _____

Declaración(es) de los beneficios del seguro por desempleo _____

Declaración(es) de la pensión _____

Cuando esté disponible la cobertura por terceros (Medicare, Medicaid, etc.), primero deben aplicarse todos los beneficios aplicables.

Para solicitar Medicaid, visite la página: How to Apply (Cómo solicitar) en Husky Healthcare -CT.gov. Debe determinarse que usted no es elegible para que Medicaid sea considerado para la asistencia financiera.

Eastern Connecticut Health Network (ECHN) se compromete a proporcionar asistencia financiera a las personas que tienen necesidades de atención médica y no tienen seguro, tienen un seguro insuficiente, no son elegibles para ningún programa gubernamental (Medicaid/Husky) o de ninguna manera pueden pagar por la atención médica necesaria debido a su situación financiera individual.

III. INFORMACIÓN DEL HOGAR (TODAS LAS PERSONAS EN EL HOGAR)		
NOMBRE	FDN	PARENTESCO

IV. INGRESOS VARIOS POR MES			
DIVIDENDOS, INTERESES	\$	PENSIONES	\$
MANUTENCIÓN DE HIJOS/PENSIÓN ALIMENTICIA	\$		\$
SEGURO SOCIAL	\$		\$
SEGURO POR DESEMPLEO/COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR	\$	Otros	\$
INVERSIONES/INGRESO POR ALQUILER	\$		
TOTAL DE INGRESOS VARIOS MENSUALES:	\$ 0		

VI. INGRESO MENSUAL		
INGRESO MENSUAL DEL PACIENTE/PERSONA RESPONSABLE		\$ 0
INGRESO MENSUAL DEL CÓNYUGE (si aplica)	+	\$ 0
TOTAL DE INGRESOS VARIOS MENSUALES	+	\$ 0
	-	\$ 0
TOTAL DE INGRESOS MENSUALES NETO	=	\$ 0

**LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS
O FRAUDULENTAS SERÁN DENEGADAS**

AL COMPLETAR ESTE ESTADO FINANCIERO, AFIRMO QUE LAS DECLARACIONES ANTERIORES SON CORRECTAS Y COMPLETAS, Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE ECHN O SUS AGENTES HAGAN UNA VERIFICACIÓN ADICIONAL.

Entiendo que esta información puede ser compartida con mis proveedores (ECMP), ya que son parte de ECHN. Entiendo que ningún pago realizado previamente a las cuentas es reembolsable ni aplicable a ningún descuento aprobado como parte de esta solicitud de asistencia financiera.

FIRMA/FECHA: _____ / _____

:

APROBADO _____%

DENEGADO _____

La solicitud debe ser enviada a: 71 Haynes St.
= Manchester, Ct 06040
Asunto: Defensor financiero del paciente
Departamento de Acceso al Paciente

Teléfono: 860-646-1222 ext. 2768
Fax 860-647-4785



71 Haynes St.
Manchester Ct. 06040

Teléfono: 860-646-1222 ext. 2768
FAX: 860-647-4785

LINEAMIENTOS PARA LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Complete e incluya toda la información para la solicitud de asistencia financiera. Si no presenta toda la información solicitada demorará el procesamiento y la solicitud podría ser denegada.

Debido al alto volumen de solicitudes, espere de cuatro a seis semanas a partir de la fecha en que recibamos su solicitud para su revisión y resolución. Una vez que se haya revisado la solicitud, se le notificará por correo el estado de su solicitud o si se necesita información adicional.

Devuelva las solicitudes llenadas, incluida la negación de Medicaid y la información requerida a:

ECHN
71 Haynes St.
Manchester, CT
06040

A/A: Defensor financiero del paciente
Departamento de Acceso al Paciente

Gracias.

Defensor financiero del paciente