



SOLICITUD FINANCIERA

A ESTA SOLICITUD DEBE ANEXARSE EL COMPROBANTE DE INGRESOS.

ENVIAR COPIAS DE TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. NO ENVÍE DOCUMENTOS ORIGINALES PUES NO SE DEVOLVERÁN.

SECCIÓN I - Información personal

| | | |
|---|---|--|
| 1. NOMBRE DEL PACIENTE: | | 2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: (Si es aplicable) |
| (Apellido) | (Nombre) | (Inicial del |
| 3. FECHA DE LA SOLICITUD | 4. NÚMEROS DE CUENTA O FECHA ESPECÍFICA DE SERVICIO QUE CUBRE ESTA SOLICITUD: | |
| 5. CALLE Y NÚMERO: | 6. NÚMERO DE TELÉFONO: | |
| 7. CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: | 8. *CANTIDAD DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA: | |
| *La cantidad de integrantes de la familia incluye a sí mismo, el cónyuge y los hijos menores. Una mujer embarazada se cuenta como dos | | |
| 9. ¿CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE? SÍ O NO 10. NOMBRE DEL GARANTE (si no es el paciente): | | |

SECCIÓN II - Criterio de ingresos

| | |
|---|--|
| 11. SALARIO/SUELDOS ANTES DE DEDUCCIONES \$ _____ | Incluya copias de dos recibos de pago para sustentar el salario o el sueldo. |
| FIRMA DEL PACIENTE O GARANTE: | FECHA: |

ENVÍE LA SOLICITUD Y LAS COPIAS DE LOS RECIBOS DE PAGO POR CORREO A: ATLANTICARE BUSINESS OFFICE CUSTOMER SERVICE
65 JIMMIE LEEDS RD.
POMONA, NJ 08240

| | | |
|---|--|-----------------------------------|
| Para uso oficial únicamente: | FECHA DE RECEPCIÓN: | FECHA DE LA EVALUACIÓN |
| INGRESO ANUAL: \$ _____ | NIVEL DE POBREZA FEDERAL: _____ % | |
| APROBADO (señale): SÍ NO (Marque todas las razones que correspondan) | MOTIVOS DE LA NEGACIÓN <input type="checkbox"/> La responsabilidad del paciente es menor que la cantidad del cálculo del cargo descontado <input type="checkbox"/> El ingreso del paciente es superior OTROS _____ | |
| PROGRAMAS REMITIDOS PARA CONSIDERACIÓN ADICIONAL (Marque todo lo que corresponda): Charity Care Medicaid | | |
| Aprobado por: Nombre en letra de molde: | Firma: | Fecha de aprobación: |
| Solicitante notificado el (fecha): | Personal que notificó al solicitante: | |
| CUENTAS A AJUSTAR (use la parte posterior del formulario para cuentas adicionales e indique que se debe dar vuelta a la solicitud): | | |
| NÚMERO DE CUENTA: CANTIDAD \$: | NÚMERO DE CUENTA: CANTIDAD \$: | NÚMERO DE CUENTA: CANTIDAD \$: |