Personal y confidencial

Guarantor Name Smarttext

Guarantor Address Smarttext

Date Smarttext: October 08, 2021

**Garante**:Guarantor smarttext

**Número de caso**:smarttext

Pacientes incluidos en este caso:

- smarttext patient name(s)

Estimado/a patient name smarttext:

Gracias por elegir RHM smarttext como su proveedor de atención médica. Complete la solicitud adjunta y devuélvala a la dirección indicada a continuación para completar la evaluación de su asistencia financiera.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de servicio al cliente al 800-494-5797, de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m., hora del Este.

Atentamente,

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services

En nombre de RHM smarttext

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152

|  |
| --- |
| Complete y firme el formulario de solicitud y devuélvalo dentro de los 10 días, junto con copias de lo siguiente: |
| Verificaciones obligatorias [ ]  Prueba de ingresos brutos del mes pasado [ ]  Extractos bancarios completos de los últimos dos meses de todas las cuentas bancarias, con todas las páginas incluidas (explicación de depósitos recurrentes)[ ]  Declaraciones de impuestos recientes (formulario 1040 con Anexo C, E o F) o declaraciones de pérdidas y ganancias de tres meses (para trabajadores independientes/dependientes) Proporcione lo siguiente, si corresponde [ ]  W2 reciente para ingresos estacionales [ ]  Beneficio de desempleo/carta de denegación [ ]  Ingresos de manutención infantil/pensión alimentaria [ ]  Sin ingresos: complete la parte de la carta de apoyo financiero de la solicitud  |
| Información del paciente  |
| Nombre del paciente  | Fecha de nacimiento  |
| Número del Seguro Social/EIN (opcional)  | Teléfono celular  | Otro teléfono  |
| Dirección postal  | Ciudad  | Estado | Código postal  |
| Dirección de correo electrónico  | ¿De qué estado es residente?  |
| Estado civil □ Soltero □ Casado □ Divorciado □ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Presenta una declaración de impuestos federales? □ Sí □ No Si la respuesta es no, ¿por qué?  | ¿Pueden reclamarlo como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? □ Sí □ No |
| ¿Usted o sus dependientes tenían cobertura de seguro de salud al momento del servicio? □ Sí □ No (proporcione una copia de la tarjeta del seguro)  |
| ¿Es residente documentado de los Estados Unidos? □ Sí □ No □ Prefiero no responder  |
| Miembros del hogar, incluido usted mismo, según sus declaraciones de impuestos recientes  | Fecha de nacimiento  | Vínculo con el paciente  | Reclamado en la declaración de impuestos (Sí/No)  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Verificación de ingresos de todos los miembros del hogar  |
| Fuente de ingresos mensuales  | ¿Quién los recibe?  | Ingreso mensual bruto (antes de impuestos)  | Fuente de ingresos mensuales  | ¿Quién los recibe?  | Ingreso mensual bruto (antes de impuestos)  |
| Salarios  |  |  | Indemnización laboral |  |  |
| Seguro Social/Discapacidad |  |  | Desempleo  |  |  |
| Pensión  |  |  | Manutención infantil/Pensión alimentaria |  |  |
| Trabajo independiente  |  |  | Ingresos por alquiler de terrenos  |  |  |
| Asistencia pública  |  |  | Otro  |  |  |
| Carta de apoyo financiero: solo debe completarla por la persona que brinda apoyo |
|

|  |
| --- |
|[ ]  Proporciono más del 50% de apoyo para los gastos de manutención del paciente, pero no puedo ayudar con las facturas médicas.  |
|[ ]  Al firmar esta carta, verifico que la declaración anterior es correcta y que de ninguna manera seré responsable de las facturas del paciente. Si tiene preguntas, comuníquese conmigo al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (número de teléfono)  |
| Nombre de la persona que proporciona apoyo  | Vínculo con el paciente  |
| Firma de la persona que proporciona apoyo  | Fecha  |

 |

VERIFICACIÓN DE INGRESOS E IDENTIFICACIÓN

Certifico que la información incluida en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que la información proporcionada está sujeta a verificación. Seré responsable del reembolso de cualquier servicio prestado en las filiales de Trinity Health si la información anterior se proporciona bajo pretextos falsos.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O firma del tutor legal (si corresponde):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vínculo con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Envíe su solicitud por correo a la dirección anterior, envíela por fax al 312-871-3350 y/o cargue documentos a través de MyChart (portal del paciente):** [**https://mychart.trinity-health.org/MyChart**](https://mychart.trinity-health.org/MyChart)**. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de servicio al cliente al 800-494-5797 de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m., hora del Este.**