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.**