

**Instrucciones para completar la solicitud de asistencia económica  
de Middlesex Hospital**

- Para facilitar el proceso, marque cada casilla a medida que el documento se obtiene y/o el artículo se completa
- Por favor, devuelva este formulario con su solicitud

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**TODOS SOLICITANTES:**

Se deben contestar **TODAS** las preguntas de la solicitud por completo. Si la pregunta **no se le aplica**, escriba **NA (no se aplica)** o **Ninguno** en cada línea

Firme y feche la **Solicitud y Aviso de Autorización**

*Usted debe proporcionar los siguientes documentos con la solicitud:*

**Identificación con foto** (carnet de conducir, pasaporte, tarjeta de identificación migratoria)

Los no residentes o visitantes indocumentados deben proporcionar un **registro de entrada a Estados Unidos**

Comprobante de **SALARIO BRUTO** → **Adjunte un comprobante de su salario durante las últimas 13 semanas a partir de la fecha en la que usted firmó la solicitud** (e.g. nóminas de pago, su última nómina de pago con salario bruto en lo que va de año, declaración firmada por su empleador en la que consta el salario bruto)

**Otros Ingresos Mensuales** → **Adjunte sus ingresos mensuales de 13 semanas** a partir de la fecha en la que usted firmó la solicitud (e.g. arrendamiento, pensión/rentas, manutención de menores)

Una copia "Definitiva" de su **declaración de la renta más reciente**

**Por favor, marque la casilla si usted y/o su cónyuge no han hecho una declaración de la renta en los últimos 3 años.**

**Depósito Directo de Ingresos** → **Adjunte** los extractos de cuenta bancaria que, durante los **3 meses** más recientes, demuestran el depósito directo (i.e. seguridad social)

**Todos sus extractos de cuenta bancaria de los tres meses más recientes**, se deben incluir todas las páginas  
Nota: Todos los depósitos enumerados en el extracto bancario se consideran ingresos a no ser que se pueda proporcionar documentos acreditativos indicando que los depósitos se tratan de un préstamo (ejemplo de documento acreditativo – contrato de préstamo)

**Si usted trabaja por cuenta propia:**

Si usted trabaja por **Cuenta Propia** → Entregue un registro de sus ingresos brutos empresariales y gastos de negocio durante un período de 13 semanas, tomado de su **libro mayor de contabilidad**, estado de situación trimestral proporcionado a un contable, o detallados en papel membreteado de su negocio, firmado y fechado  
Nombre y Dirección de su Negocio: \_\_\_\_\_

**SOLICITANTES DE PRESTACIONES ESTATALES:**

Si usted ha solicitado prestaciones estatales o si Middlesex Hospital ha requerido que solicitara prestaciones estatales, debe proporcionar **la carta que recibió del Departamento de Servicios Sociales del Estado de Connecticut en la que se le niegan los beneficios o se establece su derecho a recibirlos.**

*Si necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor llame al: (860) 358-2402, Marque 1*

Federal and state laws require all hospitals to seek payment for care provided. Therefore, it is important that you let us know if there may be a potential problem paying your bill. If you do not have health insurance or worry that you may not be able to pay for part or all of your care, we may be able to help. Middlesex Health provides financial aid to hospital patients based on their income, assets and financial needs. In addition, we may be able to help you get free or low-cost health insurance or work with you to arrange a manageable payment plan. In most cases, financial assistance for the free bed funds and other financial assistance programs are based on a sliding scale that considers your income and the number of dependants in your family as described in the chart below.

- **Free Bed Funds** - The free bed funds originate from gifts made to Middlesex Health. The interest earned on these funds enables the hospital to provide some services at no cost or at a reduced cost. In general, you will not receive such funds if you do not meet the income guidelines set forth in the chart below. There may also be specific requirements relating to a particular bed fund. If you are denied financial assistance from the free bed funds, you may reapply. Additional bed funds may become available on an annual basis.
- **Other Financial Assistance** - In addition, Middlesex Health provides other financial assistance programs. Qualification for these financial assistance programs are based in general on the income guidelines set forth in the chart below, but without the restrictions that may be imposed by the free bed funds. These financial assistance programs are maintained and administered separately from the free bed funds. If financial assistance is denied, you may reapply at a later date.

To apply for either free bed funds or other financial assistance programs, please call 860-358-2402 or 860-358-2403 to speak with a Financial Counselor or visit us at the Middlesex Health Outpatient Center, 534 Saybrook Rd., Middletown, CT 06457. We will treat your questions and any information you provide with confidentiality and courtesy.

**FONDOS PARA CAMAS GRATUITAS Y OTROS PROGRAMAS DE ASISTENCIA ECONÓMICA**

Las leyes federales y estatales requieren de todos los hospitales que procuren pago por todos los cuidados proporcionados. Por lo tanto, es importante que nos deje saber si hay la posibilidad de un problema con respecto al pago de su cuenta. Si no tiene seguro de salud o se preocupa de que no pueda poder pagar por una parte de su cuidado o en su totalidad, es posible que podamos ayudar. Middlesex Health proporciona ayuda financiera a los pacientes del hospital en función de sus ingresos, activos y necesidades financieras. Además, podemos ayudarlo a obtener un seguro de salud gratuito o de bajo costo o trabajar con usted para organizar un plan de pago manejable.

En la mayoría de los casos, la asistencia económica para los fondos de camas gratuitas y otros programas de asistencia económica se basan en una escala que considera su ingreso y el número de dependientes en su familia, como se describe abajo en la tabla.

- **Fondos para camas gratuitas** - Los fondos para camas gratuitas provenientes de donaciones provistas a Middlesex Health. El interés ganado en estos fondos permite que el hospital provea algunos servicios sin costo o a un costo reducido. En general, usted no recibirá tales fondos si no cumple con los requisitos de ingreso establecidos en la tabla que aparece abajo. Es posible que también hayan requisitos específicos relacionados a un fondo de cama gratuita particular. Si a usted se le niega la ayuda económica de los fondos para camas gratuitas, usted puede hacer nuevamente la solicitud. Es posible que fondos adicionales para camas gratuitas se encuentren disponibles cada año.
- **Otra asistencia económica** – Además, Middlesex Health provee otros programas de asistencia económica. La calificación para estos programas de asistencia económica se basa, generalmente, en los requisitos de ingresos establecidos en la tabla que aparece abajo, pero sin las restricciones que puedan ser impuestas por los fondos para camas gratuitas. Estos programas de asistencia económica son mantenidos y administrados separadamente de los fondos para camas gratuitas. Si se niega la asistencia económica, usted podrá hacer otra solicitud en el futuro.

Para hacer una solicitud de, bien sea los fondos para camas gratuitas u otros programas de asistencia económica, por favor, llame al 860-358-2402 ó al 860-358-2403 para hablar con un Consejero Financiero o visítenos en el Centro Ambulatorio de Middlesex Health Outpatient Center, 534 Saybrook Rd., Middletown, CT 06457. Trataremos a sus preguntas y a toda la información que nos proporcione con respeto a su privacidad y la confidencialidad, y con cortesía.

<b>HOUSEHOLD SIZE</b>	<b>GROSS HOUSEHOLD INCOME</b> Effective Date: February 1, 2020	<b>NÚMERO DE LOS MIEMBROS DE LA CASA</b>	<b>INGRESO BRUTO DEL HOGAR</b> Fecha de vigencia: 1 de febrero de 2020
#	AT OR BELOW:	#	NO MÁS DE:
1	\$63,800	1	\$63,800
2	\$86,200	2	\$86,200
3	\$108,600	3	\$108,600
4	\$131,000	4	\$131,000
5	\$153,400	5	\$153,400
6	\$175,800	6	\$175,800
7	\$198,200	7	\$198,200
8	\$220,600	8	\$220,600

For more dependents, add to income for each additional member: \$22,400

Para más dependientes, se suma al ingreso para cada miembro adicional: \$22,400

**SOLICITUD PARA RECIBIR ASISTENCIA ECONÓMICA**

Nombre de Solicitante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Nombre del cónyuge/pareja de hecho: \_\_\_\_\_  
 Ciudadano de Estados Unidos: \_\_\_\_\_

**¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRO PROGRAMA DE ASISTENCIA ECONÓMICA?**

Sitio Web  Folleto  Admisión  Atención al Cliente  Asesoramiento Económico  Factura  
 Otro: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR**

Número en total de miembros de su hogar:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el Solicitante	Seguro Médico (e.g. Medicaid, Medicare, otro – especifique, por favor)

**HISTORIAL DEL EMPLEO**

**Enumere todos sus empleadores durante los últimos 3 meses, empezando por el más reciente.**

**Solicitante:**

Empleador: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

**Cónyuge/Pareja de hecho:**

Empleador: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

**Otros Integrantes del Hogar:**

Empleador: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

### ACTIVOS

Se debe completar este formulario como parte de la solicitud.

Cuéntenos sobre los activos que son de la titularidad de cualquiera de los miembros de su hogar enumerados en la **Página 1**.

**Cuentas Bancarias/de Corporativa de Crédito:**(de ahorros, cuenta corriente, cuenta de jubilación individual (IRA), club de vacaciones o de navidad, etc.)

Titular de la cuenta	Nombre y dirección del Banco/Cooperativa de Crédito	Número de la Cuenta	Saldo

**Anualidad/Fondo en Fideicomiso:**

Titular de la cuenta	Nombre & Dirección de la Empresa	Número de la Cuenta	Valor

**Acciones/Bonos/Fondos Mutuales de Inversión:**

Enumeren abajo o adjunte extractos de la inversión

Titular de la cuenta	Nombre de acción o tipo de bono	# de Acciones/Bonos	Valor

**Bienes Inmuebles:**

Propietario del Inmueble	Ubicación/Dirección

**Vehículos Motorizados:**

Propietario del Automóvil	Marca y Modelo	Año del Modelo	Monto adeudado

**Otros activos:** (póliza de seguro de vida integral, cuenta funeraria pagada por anticipado o activos recién transferidos)

Descripción	Valor

**Ingresos Brutos del Hogar**

Fuente de Ingresos	Miembro del Hogar	Monto	Frecuencia
Salario/Sueldo (bruto)			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Salario/Sueldo (bruto)			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Salario/Sueldo (bruto)			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Seguridad social			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Seguridad social			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Prestación por incapacidad			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Manutención de menores			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Pensión alimenticia			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Prestación por el desempleo			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Dividendos/Interés			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Pensiones			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Pensiones			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Pagos del seguro/anualidad			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Beneficios de asistencia pública			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Beneficios para veteranos			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Otro			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual

**Empleo por cuenta propia, Negocio, Alquiler:**

Fuente de Ingreso	Miembro del Hogar	Cantidad	Frecuencia
Ingresos Comerciales			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Gastos Comerciales			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Ingresos Comerciales Netos			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual

Si usted no reportó ingresos arriba, por favor explique cómo obtiene su vivienda, comida y artículos esenciales de la vida diaria y quién le ayuda a pagar sus necesidades básicas:

---



---



---

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

Utilice el espacio abajo si existe más información que quiere que se tenga en cuenta en el hospital:

---



---



---

### Confirmación, Autorización y Certificación

Por lo presente, pido que Middlesex Health haga una determinación por escrito de mi derecho a recibir ayuda económica para pagar facturas médicas del hospital incurridas en Middlesex Hospital.

Además, reconozco que:

1. Comprendo que la información que entrego como parte de esta solicitud, incluyendo, a título enunciativo pero no limitativo, mis ingresos anuales y el número de personas de mi hogar está sujeta a ser verificada por Middlesex Hospital. Comprendo que, si Middlesex Health determina que esta información es falsa, tal determinación podría llevar a que se me niega la asistencia económica y que yo permaneceré responsable por mis cuentas corrientes de Middlesex Hospital.
2. Esta solicitud se aplica a los servicios prestados por Middlesex Hospital. Las tarifas profesionales de patología, radiología y anestesiología, así como los servicios prestados por otros doctores, clínicas y hospitales privados no están sujetos a una reducción basada en esta solicitud.
3. Esta solicitud se aplica a los servicios del Hospital Middlesex prestados 180 días antes y para servicios futuros hasta 180 días a partir de la fecha de aprobación de la solicitud. Se me notificará por correo de la decisión definitiva. Yo debo completar una nueva solicitud para que se me considere para recibir asistencia económica para servicios prestados después de este período.
4. La determinación del otorgamiento de ayuda se basa en la renta familiar y en el cumplimiento con los requisitos especificados por el donante asociados con varios Fondos para Camas Gratuitas, cuando proceda. En algunos casos, la decisión de otorgar Fondos para Camas Gratuitas debe ser tomada por personas u organizaciones ajenas a Middlesex Hospital. Doy mi autorización para que Middlesex Health divulgue la información de mi solicitud, según sea necesario, para obtener un pago del Fondo para Camas Gratuitas o para solicitar programas gubernamentales para los que yo pueda reunir los requisitos incluyendo, con título enunciativo pero no exhaustivo, M.C.A.P.
5. Es posible que Middlesex Hospital requiera que yo solicite ayuda económica estatal o de Ciudad/Pueblo antes de que se reduzca el costo de los servicios mediante este programa.

**Al firmar abajo, certifico que comprendo que la información que yo entrego como parte de esta solicitud está sujeta a ser divulgada a agencias federales y/o estatales y doy mi permiso para que Middlesex Health comparta esta información con terceras partes con el fin de tramitar esta solicitud y que se me puede pedir más información antes de determinar si reúno los requisitos del programa. Toda la información se mantendrá confidencial bajo la regulaciones federales de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por las siglas en inglés).**

También certifico que la información entregada por mi como parte de esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante o la persona que actúa en representación del solicitante

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo en letra de imprenta: \_\_\_\_\_