

Solicitud de Asistencia Financiera

Northeastern Center ayuda a las personas a alcanzar el bienestar emocional y mental mediante servicios de salud conductual accesibles, asequibles y de calidad para quienes los necesitan, con un descuento de tarifa variable basado en el tamaño de la familia y los ingresos. A nadie se le negarán servicios por no poder pagar.

Nombre del solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre del cliente, si es distinto del solicitante: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

_____ N.º de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Enumere a los miembros de su hogar, incluyéndose usted, sus hijos y cualquier persona que declare como dependiente (debe verificar a los dependientes mediante la declaración de impuestos; adjunte copias a esta solicitud).

Enumere al cónyuge y a los dependientes (menores de 18 años)

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Fecha/método de verificación
Cliente			
Otro			
Dependiente			
Dependiente			
Dependiente			
Dependiente			
Dependiente			

¿Usted o algún miembro de su hogar tiene o ha solicitado Medicaid, Medicare, beneficios por discapacidad, Seguro Social u otro programa financiado por el gobierno federal? Sí / No. En caso afirmativo, indique:

Nombre	Nombre de la cobertura de seguro	Número de póliza	Fecha/método de verificación

Yo (solicitante) entiendo que debo pagar el monto descontado de Asistencia de Tarifa al momento del servicio y pagar cualquier saldo pendiente para continuar en el Programa de Asistencia de Tarifa, salvo que se hayan acordado y cumplido arreglos de pago. (Escriba sus iniciales) _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

FA4007

Formularios y anexos

Revisado 05/31/2024

Nombre del paciente: _____

MRN: _____

Ubicación: _____

DECLARACIÓN DE INGRESOS BRUTOS

\$ MONTO

Sueldos, salarios

1) Empleador: _____

Dirección del empleador: _____

2) Empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Beneficios gubernamentales:

Beneficios por desempleo

Compensación laboral

Seguro Social (regular o SSI)

Beneficios para veteranos

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

Medicaid

Cupones de alimentos

Sí

No

Otros ingresos:

Dividendos

Alquileres

Beneficios de jubilación

Ingresos por intereses

Pensión

Manutención de menores

Otros

INGRESOS TOTALES:

TOTAL

Otros ingresos también pueden incluir regalías, ingresos de sucesiones, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia y ayuda proveniente de fuera del hogar.

Nombre de la compañía de seguro médico: _____

Número de identificación del seguro: _____

Certificación:

Con mi firma a continuación, certifico que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma del cliente/garante

Firma del testigo

FECHA

FECHA

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

FA4007

Formularios y anexos

Revisado 05/31/2024

Nombre del paciente: _____

MRN: _____

Ubicación: _____

CERTIFICACIÓN DEL ACUERDO FINANCIERO

Yo (solicitante) declaro que cualquier persona incluida en esta solicitud como "sin ingresos recibidos" no recibe ingresos de ninguna fuente.

(Escriba sus iniciales) _____

Yo (solicitante) entiendo que proporcionar información falsa dará lugar a la terminación de los servicios y que Northeastern Center podrá remitir los documentos a la agencia federal correspondiente para una investigación adicional.

(Escriba sus iniciales) _____

Yo (solicitante) entiendo que debo renovar esta solicitud anualmente, o si cambia el número de personas en mi hogar o la situación de ingresos del hogar.

(Escriba sus iniciales) _____

Certifico que el tamaño de la familia y la información de ingresos indicados anteriormente son correctos. Entiendo que se requieren copias de declaraciones de impuestos, comprobantes de pago y otra documentación que verifique los ingresos antes de aprobar un descuento.

(Escriba sus iniciales) _____

Entiendo que el Centro se reserva el derecho de determinar para qué servicios reúno los requisitos de asistencia y las condiciones bajo las cuales se otorgará dicha asistencia.

(Escriba sus iniciales) _____

Entiendo que el Centro cobra tanto un cargo profesional como un cargo de la instalación por todos los servicios elegibles y que los copagos y deducibles de terceros pueden aplicarse a ambos tipos de cargos.

(Escriba sus iniciales) _____

Entiendo que pueden prestarse servicios en mi ausencia cuyo pago será mi responsabilidad (por ejemplo, planificación del tratamiento).

(Escriba sus iniciales) _____

Entiendo que Northeastern Center, Inc. se reserva el derecho de utilizar los procedimientos de cobro establecidos si no cumpla con mi responsabilidad de pago. Autorizo al Centro y/o a cualquier entidad autorizada por el Centro, incluidas aquellas que utilizan sistemas de marcación automática, mensajes automatizados, correo electrónico, mensajes de texto y otras comunicaciones electrónicas, a comunicarse conmigo por cualquier motivo utilizando cualquier número de teléfono, dirección de correo electrónico y/o dirección postal proporcionados.

(Escriba sus iniciales) _____

Autorizo el pago directo a Northeastern Center, Inc. de cualquier beneficio de terceros al que tenga derecho. También autorizo la divulgación de información para procesar reclamaciones de terceros.

(Escriba sus iniciales) _____

Autorizo a Northeastern Center, Inc. a presentar una queja por escrito ante el Comisionado de Seguros si alguna reclamación de seguro presentada en mi nombre no se paga o deniega dentro de los treinta (30) días siguientes a su presentación.

(Escriba sus iniciales) _____

Entiendo que ciertos servicios pueden no estar cubiertos por mi seguro, Medicare o Medicaid. Acepto la responsabilidad financiera por estos servicios.

(Escriba sus iniciales) _____

Entiendo que cualquier pago de terceros se aplicará primero a la parte asistida de mi saldo y que cualquier pago restante, una vez cubierta dicha parte, se aplicará a mi parte correspondiente.

(Escriba sus iniciales) _____

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se efectúe a mí o en mi nombre por cualquier servicio que me proporcione Northeastern Center, incluidos los servicios médicos.

(Escriba sus iniciales) _____

Autorizo al poseedor de información médica u otra información sobre mí a divulgarla a la Administración para el Financiamiento de la Atención Médica y a sus agentes, incluida la información necesaria para determinar estos beneficios y fines relacionados.

(Escriba sus iniciales) _____

Firma del paciente / jefe del hogar / tutor: _____

Nombre en letra de molde: _____

Fecha: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

FA4007

Formularios y anexos

Revisado 05/31/2024

Nombre del paciente: _____

MRN: _____

Ubicación: _____

Instrucciones: Escanear en SmartCare bajo "Verificación de ingresos y determinación de elegibilidad para asistencia financiera".

Firma del representante de Northeastern Center: _____

Fecha: _____

Se requieren los siguientes documentos para ayudar en el proceso de aprobación de la solicitud:

- Identificación válida con fotografía
- Formulario W-2
- Comprobantes de pago (últimos 30 días)
- Declaraciones del impuesto sobre la renta
- Estado de pérdidas y ganancias de un negocio por cuenta propia
- Formularios de aprobación o denegación de beneficios por desempleo o compensación laboral
- Verificación escrita de salarios por parte del empleador
- Verificación escrita de agencias de asistencia pública o de cualquier organismo gubernamental que pueda acreditar la situación de ingresos del paciente durante los últimos 12 meses
- Comprobante de remesa de Medicaid que indique que se agotaron los beneficios de Medicaid correspondientes al año fiscal aplicable
- Verificación de Medicaid de la parte del costo correspondiente al paciente; salvo que se indique lo contrario, toda la documentación debe corresponder al año o período disponible más reciente.

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

FA4007

Formularios y anexos

Revisado 05/31/2024

Nombre del paciente: _____

MRN: _____

Ubicación: _____