

**Solicitud de asistencia financiera****Dana-Farber Cancer Institute**Enero 2021

Información del paciente y su familia (use el reverso de este formulario si necesita más espacio para completar)

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta que el descuento aprobado se aplicará a todas las obligaciones financieras de los pacientes elegibles para el programa PFA y será válido para un período de 90 días antes de la fecha de la solicitud.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Parte(s) responsable(s) desde el punto de vista financiero: \_\_\_\_\_

Relación de la(s) parte(s) responsable(s) desde el punto de vista financiero con el paciente:

- |                                      |  |                                  |
|--------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Paciente    | <input type="checkbox"/> Padre o madre     | <input type="checkbox"/> Cónyuge |
| <input type="checkbox"/> Hijo adulto | <input type="checkbox"/> Hermano o hermana | <input type="checkbox"/> Otro    |

¿El paciente contaba con seguro médico en el momento en que se proporcionaron los servicios?  Sí  No  
Si la respuesta es “sí”, adjunte una copia de la tarjeta del seguro (frente y dorso) y complete la siguiente información:

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

¿Ha solicitado asistencia de un programa federal o estatal en los últimos 12 meses?  Sí  No

Si contestó que no, le recomendamos que hable con un asesor financiero de DFCI antes de presentar una solicitud.

Si la respuesta es “sí”, ¿le aprobaron o le denegaron la asistencia? Si le denegaron la asistencia, proporcione una copia de la carta de denegación (indique el motivo de la denegación):

---

---

---

Indique todos los miembros de su familia, incluido el paciente, cónyuge, padres, hijos y hermanos, que viven en el hogar del paciente:

Nombre del miembro de la familia	Edad	Relación con el paciente
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Ingresos: Indique todos los ingresos de las partes responsables, incluidos salario bruto (antes de impuestos), ingresos por arrendamiento, por desempleo, beneficios de la Seguridad Social, ingresos por pensión, manutención de niños, pensión alimenticia, etc.:

Nombre del miembro de la familia	Fuente de ingresos o empleador	Monto y frecuencia de los ingresos
1.		
2.		
3.		
4.		

Otras partes responsables: Indique si hay alguna otra persona que no haya mencionado antes que sea legalmente responsable por el pago de los gastos médicos del paciente, por ejemplo, un tutor.

- Sí, hay otra persona legalmente responsable por los gastos médicos del paciente.
- No, no hay otra persona legalmente responsable por los gastos médicos del paciente. Si la respuesta es “sí”, complete la siguiente sección:

Nombre	Dirección	Rol o relación

**Gastos médicos:**

Complete esta sección solamente si los ingresos de su hogar superan el 300% de las pautas federales de pobreza.

Para calificar a fin de obtener asistencia financiera debido a un exceso de gastos médicos, los ingresos de su familia deben superar el 300% de las pautas federales de pobreza de los EE. UU. y debe proporcionar copias de las facturas médicas de hospitales, médicos y otros profesionales médicos relacionados que no sean de Dana-Farber donde conste el monto que tiene la responsabilidad de pagar. Los cargos de Dana-Farber se incluirán en el cálculo de sus gastos médicos totales, pero no es necesario que haga una lista de los mismos. Solamente incluya los gastos médicos en los que haya incurrido en los últimos 12 meses.

<b>Gastos médicos</b>	<b>Costo</b>	<b>Frecuencia: semanal, mensual, anual</b>
Prima del seguro médico		
Facturas del hospital		
Facturas de médicos		
Otro		
Otro		
Otro		

Certificación: Al firmar a continuación, certifico que he leído esta solicitud detenidamente y que todo lo que he declarado y la documentación adjunta son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender. La parte responsable reconoce que tiene la obligación de informar cualquier cambio en su situación de seguro a Dana-Farber Cancer Institute.

\_\_\_\_\_  
 Nombre en imprenta de la(s) parte(s) responsable(s)

\_\_\_\_\_  
 Firma de la(s) parte(s) responsable(s)

\_\_\_\_\_  
 Fecha

PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE – NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

---

Patient MRN#:

Check all that apply:

Meets low income guidelines    Uninsured    Underinsured    Actively insured

Total Annual Family Income	# of Family Members	Eligible Discount

Excessive Medical Expenses

Financial Assistance Application approved?    Yes    No

Date application reviewed: \_\_\_\_\_

Reason denied: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Reviewer/Signature of Financial Counselor

\_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

Approval/Signature of Financial Counseling Supervisor

\_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_