

Fechas del servicio o Números
de cuenta*:

Solicitud de asistencia financiera

Solo para uso administrativo
Iniciales del asesor financiero
(Financial Counselor, FC):

Este formulario constituye su solicitud de asistencia financiera en los hospitales antes mencionados. Con el fin de coordinar su atención de manera más efectiva, si se aprueba esta única solicitud, será elegible para recibir asistencia en todos estos hospitales de Northern Light Health. Su solicitud completa se compartirá entre estos hospitales solo según lo permita o exija la ley.

PACIENTE/SOLICITANTE		INFORMACIÓN DE EMPLEO			¿NO TIENE EMPLEO?		
NOMBRE:		NOMBRE DEL EMPLEADOR:			FECHA DE LA ÚLTIMA VEZ QUE TRABAJÓ:		
N.º de seguro social (Social Security Number, SSN) (opcional):	Fecha de nacimiento:	FECHA DE CONTRATACIÓN:					
		PUESTO DE TRABAJO:			JUSTIFIQUE:		
TELÉFONO CELULAR/RESIDENCIAL:		TELÉFONO:					
DIRECCIÓN:		DIRECCIÓN:					
CORREO ELECTRÓNICO (opcional):		ESTADO CIVIL (opcional):			(Uso administrativo) N.º de historia clínica		
INFORMACIÓN FAMILIAR: para la elegibilidad de la atención de beneficencia, "familia" incluye a las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas y tienen la responsabilidad legal de la manutención. Enumere los miembros de su familia que viven en su hogar.		Relación	Fecha de nacimiento	¿Esta persona también está solicitando asistencia financiera? Sí/No	Ingresos anuales	Nombre actual del plan del seguro de salud	(Uso administrativo) N.º de historia clínica

¿ALGUIEN EN EL HOGAR SOLICITÓ MAINECARE EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES? _____ EN CASO AFIRMATIVO: ADJUNTE UNA COPIA DE LA CARTA DE DETERMINACIÓN.	SI ALGUIEN EN EL HOGAR TIENE SEGURO, ADJUNTE UNA COPIA DE LAS TARJETAS. VERIFIQUE SI EL SEGURO SE OBTUVO A TRAVÉS DEL MERCADO DE SEGUROS. Sí/No
--	--

* Las cuentas solo serán elegibles para este programa si la fecha de la solicitud de asistencia financiera se encuentra dentro de los 240 días posteriores a la fecha del primer estado de cuenta de cada cuenta en cuestión.

Ingreso <u>mensual</u> bruto del hogar	Solicitante	Cosolicitante
Sueldos y salarios		
Ingresos por alquiler (excluidos los nativos americanos/indios de Alaska)		
Ingresos del seguro social/Ingresos de la jubilación		
Trabajo por cuenta propia		
Ingresos militares/Pensión		
Seguro social por discapacidad (Social Security Disability Insurance, SSDI)		
Prestaciones por desempleo		
Pensión alimenticia (si se divorció antes del 1/1/19)		
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o Asistencia General		
Estipendios (entrenadores, pastores, etc.)		
Carta de apoyo de familiares o amigos		
Otros ingresos imponibles		
TOTAL	\$	\$

FIRMAS:			
PACIENTE/SOLICITANTE	FECHA	COSOLICITANTE	FECHA

Instrucciones y hoja de trabajo para la solicitud de asistencia financiera

Gracias por solicitar el formulario de asistencia financiera de Northern Light Health. Hay algunos documentos que necesitamos antes de poder tomar una decisión. Su solicitud debe estar completa e incluir a todos los miembros de su hogar. También debe proporcionar **comprobantes de ingresos** de todos los miembros del hogar. Se ayudará a los pacientes a solicitar una cobertura de seguro para la que sean elegibles, MaineCare u otras opciones de cobertura de terceros. Para calificar debe ser residente de Maine según lo definido en 22 MRSA 1716-A. Los no residentes solo serán considerados para la atención de emergencias. **Complete la siguiente hoja de trabajo para saber qué información necesitamos de usted.**

✓ **PARA TODOS LOS MIEMBROS DE SU HOGAR, SEGÚN CORRESPONDA**

SI ALGUNO...

✓

**EN LA
CASILLA**

DEBE PROPORCIONAR COPIAS DE:

Percibe salarios de un empleador antes de las deducciones		Recibos de sueldo más recientes o un informe detallado de pago de cada trabajo que muestre las últimas 13 semanas o los últimos 12 meses de ingresos brutos.
Ingresos por alquiler (excluidos los nativos americanos/indios de Alaska)		Una declaración de pérdidas y ganancias correspondiente a las últimas 13 semanas o a los últimos 12 meses.
Es autónomo		Una declaración de pérdidas y ganancias correspondiente a las últimas 13 semanas o a los últimos 12 meses.
Está desempleado y recibe prestaciones por desempleo		Un informe semanal de solicitudes que muestra los ingresos brutos de las últimas 13 semanas. Para solicitar una carta, llame al 1-800-593-7660 o visite: https://www.maine.gov/labor/unemployment
Recibe una pensión o asignaciones militares familiares		Si se divorció antes del 1/1/19 y recibe pensión alimenticia: una carta de beneficios o de adjudicación que indique los ingresos brutos/pagos de las últimas 13 semanas o de los últimos 12 meses.
Recibe beneficios por incapacidad a corto/largo plazo		Una carta de beneficios o de adjudicación que indique las últimas 13 semanas de ingresos brutos o los últimos 12 meses de ingresos brutos (carta de confirmación si la discapacidad está pendiente).
Recibe ingresos del Seguro Social/ingresos por discapacidad (SSI/SSDI)		La carta de adjudicación del año en curso. Puede solicitar una copia de su carta de beneficios llamando al 1-877-405-1448 (área de Bangor) o al 1-877-319-3076 (área de Portland).
Recibe dividendos, intereses, regalías de sucesiones o fideicomisos		Los ingresos brutos/pagos de las últimas 13 semanas o de los últimos 12 meses.
Está jubilado y recibe beneficios de jubilación		Una carta o declaración de beneficios (si es 401K, IRA, etc.) que muestre los ingresos brutos de las últimas 13 semanas.
Recibe pagos de TANF o de asistencia general		La carta de determinación del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS).
No está trabajando, pero recibe ayuda de amigos o familiares		Una carta que explique el apoyo que recibe, firmada por la persona que brinda dicho apoyo.
Es estudiante		Si figura como dependiente en la declaración de impuestos de alguien, es posible que se le solicite información sobre el apoyo económico que recibe de esa persona.

** Proporcione copias de los comprobantes de ingresos como se indica anteriormente, no se devolverán los originales.*

Para ser considerados para la Asistencia Financiera, se ayudará a los pacientes a solicitar una cobertura de seguro para la que sean elegibles, MaineCare u otras opciones de cobertura de terceros.

*** Comuníquese con su Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) local al:**

1-800-442-6003 o visite: <https://www.maine.gov/benefits/account/login.html>

Nota: Si recientemente presentó una solicitud ante el DHHS, notifíquenos y envíenos una copia de la carta de determinación una vez que la reciba.

** Aunque el DHHS le deniegue la cobertura por exceder el límite de ingresos, es posible que aún sea elegible para un deducible ("gasto compensatorio" [spenddown])*

- ❖ Su solicitud debe estar firmada y fechada, como constancia de que la información proporcionada es correcta.
- ❖ Si tiene preguntas sobre el proceso de solicitud, llame al número de teléfono que figura en su factura.
- ❖ Si no proporciona la información requerida, su solicitud se retrasará o será rechazada.
- ❖ Tenga en cuenta que, si se determina que la información presentada es falsa, se denegará la asistencia financiera y el solicitante asumirá la responsabilidad financiera por los cargos correspondientes a los servicios prestados por el hospital.
- ❖ Tenga en cuenta que enviar información falsa a sabiendas es ilegal.
- ❖ Direcciones postales de la solicitud:

Northern Light Acadia Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Inland Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light AR Gould Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Maine Coast Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light Blue Hill Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Mayo Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light CA Dean Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Mercy Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light Eastern Maine Medical Center Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Seabcoook Valley Health Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000

Declaración de no discriminación

Northern Light Health y sus filiales (Northern Light Health) cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, etnia, edad, capacidad o discapacidad mental o física, afiliación política, religión, cultura, estatus socioeconómico, información genética, condición de veterano, sexo, incluidas las características sexuales, los rasgos intersexuales, el embarazo o afecciones relacionadas, orientación sexual, género, identidad o expresión de género, o idioma.

Northern Light Health ofrece servicios gratuitos para ayudar a las personas a comunicarse de manera eficaz:

- Intérpretes de idiomas calificados
- Intérpretes calificados de lengua de señas
- Información escrita en otros idiomas
- Información escrita en formatos alternativos (como letra grande, audio, versiones electrónicas accesibles, otros formatos)

Si cree que Northern Light Health o cualquiera de sus filiales no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna manera, o si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para presentar una reclamación por derechos civiles, libertad de conciencia o libertad religiosa, o por la privacidad de la información médica, puede comunicarse con Northern Light Health o la Federal Office of Civil Rights (Oficina Federal de Derechos Civiles, OCR):

Northern Light Health 1557 Civil Rights Coordinator 43 Whiting Hill Road, Suite 200 Brewer, ME 04412 1-866-769-8363, TTY-711 (Maine Relay) nondiscrimination@northernlight.org privacy@northernlight.org	Operaciones Centralizadas de Gestión de Casos Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD) OCRMail@hhs.gov https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
--	--

Tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística sin costo alguno. Háganos saber su idioma principal y contaremos con un intérprete disponible para que lo ayude con su atención.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.

Appelez le 1-888-986-6341 (ATS: 711).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Oromo (Cushite): XIYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-986-6341 (TTY: 711)。

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Tagalog (Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Cambodian (Khmer): ប្រសិនបើ អ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, អ្នកនឹងទទួលបាន ការជួយ ឥតគិតថ្លៃ ក្នុងការ ប្រើប្រាស់ ភាសាខ្មែរ

អ្នក ។ តេឡេហ្វូន ១-៨៨៨-៩៨៦-៦៣៤១ (TTY: ៧១១)។

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.

Звоните 1-888-986-6341 (телетайп: 711).

Arabic: (والبكم الصم هاتف 711) برقم اتصل. بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن، اللغة اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة 1-888-986-6341 رقم.

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-986-6341 (TTY:

711)번으로 전화해 주십시오.

Thai: เรียน: ถ้าว

คุณพูดภาษาไทยคุณ สามารถใช้บ ัรการช ่วยเหลือทางภาษาได้ฟรีโทร1-888-986-6341 (TTY: 711).

Nilotic (Dinka): PIN KENE: Na ye jam në Thuonjan, ke kuony yenë kɔc waar thook ato kuka lëu yök abac ke cîn wënh cuatë piny. Yuopë 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-986-6341（TTY:711）まで、お電話にてご連絡ください。

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-986-6341 (TTY: 711).