



## Aplicación de Dificultades Financieras

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Cuenta: \_\_\_\_\_

### Calificaciones de la Exoneración de Dificultades

HPC permite proporcionar el ajuste de los cargos basados en circunstancias y criterios en los últimos 90 días por dificultades financieras extremas o por eventos catastróficos; puede incluir, pero no se limita a cambios de la vivienda, pérdida de empleo, y cambios recientes en el estado civil, crisis médica, discapacidad o muerte. Eventos catastróficos como incendios, tornados, inundaciones u otros acontecimientos similares.

### Motivo de la Solicitud de Exoneración por Dificultades Financieras [Provee una breve explicación de las circunstancias y fechas]

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Documentación / Prueba de dificultades financieras

¿Puede proporcionar documentación que respalde su solicitud por dificultades económicas? Por ejemplo, un aviso de desalojo, aviso de terminación de empleo, Acta de defunción, etc. Si No **En caso afirmativo, anexar copia de la documentación**

Si no, ¿puede proporcionar la información de algún contacto para con quien podamos atestiguar su solicitud por dificultades económicas? Si No

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

### Arreglos de Vivienda [Actualmente vivo solo, con alguien más, alberge, etc.]

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

### ¿Quién paga sus gastos diarios? [Renta, Utilidades, Comida, Transporte, Ropa]

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ relación: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

### Atestación

*Entiendo que, al firmar esta solicitud, estoy de acuerdo en que Health Partnership Clinic puede verificar la información contenida en ésta. Además, entiendo que este es un aplazamiento del pago de esta visita SOLAMENTE y no se aplica a ningún saldo anterior o futuro en mi cuenta. Entiendo que se me notificará por teléfono con respecto a la aprobación o denegación de mi solicitud por dificultades financieras.*

*Si mi solicitud es denegada, seré responsable de los cargos. \_\_\_\_\_ (Iniciales aquí)*

Firma del Paciente/Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha de la Firma \_\_\_\_\_

**Completo por miembros de HPC solamente**

**Regarding Assistance:**

If patient has completed FAA, what slide level has been assigned? \_\_\_\_\_

If patient has a pending Medicaid application or could be eligible for Medicaid has the navigator been notified?

Yes  No If yes, when? \_\_\_\_\_

**Regarding Payment Plan:**

Does patient have a balance due?  Yes  No If yes, Total \$ \_\_\_\_\_ Over 90 \$ \_\_\_\_\_ Over 120 \$ \_\_\_\_\_

Payment History?  Prompt-time of service/statement  Payment plan – compliant  Payment plan - delinquent

Slow – past due  Refusal to pay  Bad debt write-off  Sent to collections, when? \_\_\_\_\_

**Other comments or information to consider, if applicable?** [Review of past history & current]

---

---

---

---

---

---

Reviewer Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**The Financial Hardship Application has been:**  **Approved**  **Denied**

---

---

---

---

Assessor Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**Patient Notification**

Date patient notified of decision \_\_\_\_\_ Notified by \_\_\_\_\_

Patient account documented

If approved, waiver adjustment done in eCW billing system