



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