

Formulario de solicitud de atención benéfica/asistencia financiera – Confidencial
Llene toda la información solicitada. Si no corresponde, escriba "NC". Adjunte páginas adicionales si fuera necesario.

INFORMACIÓN DE PRESELECCIÓN

¿Necesita un intérprete? Sí No <i>Si responde que sí, indique el idioma preferido:</i>
¿El paciente ha solicitado Medicaid? Sí No
¿El paciente recibe servicios de asistencia pública estatal, como TANF, Basic Food o WIC? Sí No
¿El paciente en este momento no tiene un hogar? Sí No
¿La necesidad de atención médica del paciente está relacionada con un accidente de tránsito o una lesión laboral? Sí No

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que reúna los requisitos para recibir asistencia financiera, incluso si la solicita.

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Indique los familiares que viven en su hogar, incluido usted. "Familiares" son aquellas personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que viven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____

Adjunte una página adicional si fuera necesario

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años o más: Nombre del/de los empleador(es) o fuente de ingresos
--------	---------------------	--------------------------	--

Adjunte una página adicional si desea que conozcamos alguna otra información sobre su situación financiera actual, como dificultades financieras, gastos médicos excesivos, ingresos por temporada o provisorios, o pérdida personal.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Adventist Health puede verificar la información proporcionada mediante una evaluación de información crediticia y obteniendo información de otras fuentes, para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera o planes de pago.

Confirmando que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que proporcioné es falsa, se podrá rechazar la asistencia financiera y yo seré responsable de pagar los servicios brindados.

Firma de la persona que solicita

Fecha

[Si tiene alguna pregunta, llame al \(888\)-233-7868](tel:(888)233-7868)

[Envíe el formulario completado por correo a:](#)

O

[Envíe el formulario completado por](#)

[correo electrónico a:](#)

CFAC@coniferhealth.com

Adventist Health, Attn: CFAC

P.O.Box 223849

Dallas, TX 75222-3849