



WakeMed Health & Hospitals Instrucciones para Asistencia Financiera

Si no puede cumplir con el acuerdo de pago requerido en su cuenta debido a una situación financiera permanente o temporal, es posible que WakeMed revise su cuenta para determinar si califica para arreglos alternativos. Para ser evaluado para Asistencia Financiera, debe completar y enviar lo siguiente:

- ☐ Aplicación para Asistencia Financiera ☐ Lista B: Prueba de Residencia
☐ Lista A: Prueba de ingresos de usted y su cónyuge ☐ Lista C: Cualquier elemento aplicable

Por favor tenga en cuenta que: si debe enviar una carta de uno o más de los elementos de las listas a continuación, debe incluirlos en una carta. Por ejemplo, si está desempleado y no tiene prueba de residencia, usted debe incluir la explicación de ambos elementos en una sola carta.

Si no proporciona la aplicación completa con todos los documentos de respaldo, WakeMed NO podrá procesar su aplicación y seguirán los procedimientos normales de facturación. Por favor vea la siguiente lista de documentos que son aceptables:

LISTA A Comprobante de ingresos del garante/paciente y su cónyuge (si corresponde) Debe enviar el artículo #1 o los artículos del #2 <i>Si no envía la documentación de los ingresos de su</i> <i>cónyuge, su solicitud no podrá ser procesada.</i>	LISTA B Prueba de Residencia 2 artículos requeridos <i>Debe incluir su nombre y una</i> <i>dirección actual de Carolina del</i> <i>Norte que debe coincidir con su</i> <i>aplicación.</i>	LISTA C: SI ES APLICABLE <i>Si no envía la siguiente</i> <i>documentación, su</i> <i>aplicación no podrá ser</i> <i>procesada</i>	ARTÍCULOS QUE NO ACEPTAMOS <i>Por favor NO incluya</i> <i>ninguno de los elementos</i> <i>de la siguiente lista como</i> <i>prueba de los elementos de</i> <i>la lista A, B o C.</i>
1. Última declaración de impuestos presentada por el Garante/Paciente y Cónyuge - todas las copias de 1040, 1040 EZ, etc. si refleja la situación de ingresos actual. 2. Carta Personal y Talones de Pago Si la última declaración de impuestos presentada no refleja la situación actual de los ingresos, por favor presentar lo siguiente: - Una carta personal que indique el estado laboral actual del Garante/Paciente y su Cónyuge (si corresponde), incluso si cualquiera de las personas está desempleada o trabaja por cuenta propia. * La carta debe incluir el ingreso bruto ajustado del hogar (antes de impuestos), el nombre impreso del solicitante, la dirección actual y la firma del solicitante. - Talones de pago más recientes de las últimas 4 semanas del Garante/Paciente y/o Cónyuge si está empleado.	• Estado hipotecario • Contrato de arrendamiento • Factura de servicios públicos actual • Identificación con foto (con dirección actual) • Registro de Vehículo • Si el Garante/Paciente y/o Cónyuge no tiene prueba de residencia, se debe presentar una carta que indique la situación de vivienda actual. *La carta debe contener su nombre impreso, dirección actual y la firma del solicitante.	• Carta de discapacidad • Carta de denegación de Medicaid • Declaración de Beneficios del Seguro Social	• W2 • Transcripción fiscal • Formularios 1099 • Cheques personales (en lugar de talones de pago)

Al recibir y revisar su aplicación, y toda la documentación requerida que se menciona anteriormente, es posible que WakeMed se comunique con usted con respecto a los arreglos de pago alternativos que se pueden hacer a su cuenta. Hasta que usted reciba una notificación por escrito de WakeMed sobre un cambio en los arreglos de pago, siga haciendo los pagos necesarios.

Para asegurar que la información se reciba puntualmente, por favor devuelva la aplicación completa con la documentación requerida por cualquiera de las siguientes vías:

PFS – Customer Service Unit
P.O. Box 14465
Raleigh, NC 27620-4465

Fax: (919) 350-6968
*por favor envíe ambos lados si son copias
y el respaldo

WakeMed Health & Hospitals
Aplicacion para Asistencia Financiera



1. Información sobre Paciente:

Nombre del paciente: _____ #SS: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de cuenta: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____

¿Ha fallecido el paciente? ☐ Sí ☐ No

Si responde que sí, por favor complete la solicitud y adjunte una copia del certificado de defunción a la solicitud.

2. Fiador (Parte Responsable):

Fiador (Parte Responsable) Nombre: _____ #SS: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: Casa/Móvil: _____ ¿Es el Fiador (Parte Responsable) un residente? ☐ Sí ☐ No

Estado civil: _____ Soltero/a _____ Casado/a _____ Separado/a _____ Divorciado/a _____ Viudo/a

Correo electrónico: _____

Información sobre la Pareja:

Nombre: _____ #SS: _____ Fecha de Nacimiento: _____

3. Situación Laboral: (Adjunte documentación adicional si es necesario)

Empleo del Paciente/Fiador: _____ Tiempo completo _____ Medio tiempo _____ Desempleado, carta necesaria.

Empleador **Actual:** _____ **Fechas:** Desde: _____ Hasta: _____

Teléfono: _____ Salario: _____ Hora/Sem/Mes/Año Promedio de horas/semana: _____

Empleador **Anterior (segundo trabajo):** _____ **Fechas:** Desde: _____ Hasta: _____

Teléfono: _____ Salario: _____ Hora/Sem/Mes/Año Promedio de horas/semana: _____

Empleo de la Pareja: _____ Tiempo completo _____ Medio tiempo _____ Desempleado, carta notariada necesaria.

Empleador **Actual:** _____ **Fechas:** Desde: _____ Hasta: _____

Teléfono: _____ Salario: _____ Hora/Sem/Mes/Año Promedio de horas/semana: _____

Empleador **Anterior (segundo trabajo):** _____ **Fechas:** Desde: _____ Hasta: _____

Teléfono: _____ Salario: _____ Hora/Sem/Mes/Año Promedio de horas/semana: _____

4. Información sobre los Miembros en el Hogar:

Número Total de Personas en el Hogar: _____

Por favor liste los miembros de su familia que viven en el hogar (de quien eres responsable) incluso si no han sido atendidos en WakeMed Salud y Hospitales, Prácticas Médicas de WakeMed y /o Grupo de Especialidades de WakeMed.

Si necesita más espacio, por favor agregue cada miembro adicional de la familia en una página de papel separada y adjúntela a esta solicitud.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____

WakeMed Health & Hospitals
Aplicacion para Asistencia Financiera



5. Por favor complete las secciones de Bienes y Deudas a continuación para el Hogar

Bienes: (adjunte páginas adicionales si es necesario)		Deudas:	Saldo Actual	Pago Mensual
Residencia Primaria	\$	Saldo de Hipoteca	\$	\$
Otras Bienes Raíces	\$	Prestamos contra Seguro de Vida		
Cuentas Bancarias	\$	Tarjetas de Crédito Bancarias	\$	\$
Cuentas de Retiro	\$	Otras Tarjetas	\$	\$
Acciones	\$	Servicios Públicos	\$	\$
Fondo de Inversión				
Mobiliaria	\$	Renta	\$	\$
Fondo de Inversiones	\$	Otros Vehículos	\$	\$
Otro	\$	Otro	\$	\$
Valor Monetario de Seguro de Vida	\$		\$	\$
Total de Bienes	\$	Total de Deudas	\$	\$

6. Certificación:

Yo certifico que la información anterior es correcta hasta el mejor de mis conocimientos. Yo autorizo la divulgación de cualquiera de estos datos de parte de mi empleador o de cualquier parte que tenga esta información, para el propósito de evaluar ayuda para los pagos de mis cuentas médicas y para la verificación de mis ingresos.

Paciente/Fiador Firma: _____ **Fecha:** _____

Entrevistador/a Firma: _____ **Fecha:** _____

No olvide consultar la página de instrucciones para asegurarse de incluir todos los documentos necesarios, como los siguientes:

<u>2 Formas de Prueba de Residencia</u>	<u>Declaración de Impuestos Reciente</u>	<u>4 semanas de Historial de Trabajo del Talón de Pago</u> (Debe mostrar el nombre y la dirección actual de la(s) persona(s) que está(n) empleada(s))	<u>Otros Documentos Aplicables según las Instrucciones</u> (Carta personal firmada que detalla los ingresos/empleo o estado de residencia, carta del Seguro Social u otra carta para el garante/cónyuge/otros miembros del hogar). La carta debe incluir el nombre, la dirección actual y la firma del solicitante.
--	---	---	---

Instrucciones de Correo/Información de Contacto

Documentación por Correo a:

WakeMed
PO Box 14465
Raleigh, NC 27620-4465

Servicio al Cliente:

Correo Electrónico: FinancialAssistance@wakemed.org
Teléfono: (919) 350-8359
Fax: (919) 350-6968

Nota: Por favor, espere de 2 a 3 semanas para el procesamiento