



Estimado/a paciente:

Adjunto encontrará la Solicitud del Programa de Ayuda Económica (Financial Assistance Program) de INTEGRIS Health. Completar el formulario nos permitirá considerar la necesidad de ayuda económica para sus facturas médicas. Las solicitudes deben volver a presentarse cada año o si se solicita una redeterminación y deben incluir los ingresos totales del grupo familiar y el número total de personas que residen en el grupo familiar.

Para proteger su derecho a la privacidad, todos los documentos que se reciben se tratan como información confidencial y, excepto para fines de verificación, NO se compartirán con nadie fuera de INTEGRIS Health.

Complete cada espacio en blanco del formulario. Si necesita más espacio para alguna explicación, adjunte la documentación complementaria en una página aparte. Podría pedirse un reporte de crédito para verificar la información proporcionada. Toda la documentación que entregue pasará a ser propiedad de INTEGRIS Health y no podremos devolverla.

Debe entregar copias de todos los documentos en la lista de abajo que sean aplicables a usted para que se pueda tomar una determinación sobre la ayuda.

- Copia completa de los documentos de presentación de impuestos del año anterior.
 - Si los impuestos los prepara usted mismo, también debe presentar confirmación de presentación electrónica.
- Carta de aprobación del Seguro Social. (Incluya prueba de ingresos del cónyuge, si corresponde).
- Declaración de discapacidad del médico que mencione una discapacidad permanente con documentación.
- Empleado por cuenta propia: Copia de la declaración de impuestos federales sobre ingresos personales presentada más reciente y un estado de ganancias y pérdidas actual, incluyendo todos los anexos correspondientes.
- Personas no declarantes: Entregar una carta de verificación de no presentación del IRS.
- Cualquier otra documentación, según se solicite, para procesar su solicitud.

Es importante que complete esta solicitud cuando la reciba y devolverla en el plazo de 15 días. La solicitud la revisaremos en el plazo de 30 días después de recibirla y se le notificará por carta la decisión en 60 días.

Si tiene alguna dificultad para completar esta solicitud o tiene preguntas, comuníquese con nuestra oficina usando cualquiera de los métodos abajo mencionados.

Teléfono: (855) 409-5458

Fax: (405) 949-9120

Correo electrónico: INTEGRISHealthFinancialAssistance@integrishealth.org.

En persona: 5300 N Independence Avenue, Suite 130, Oklahoma City, OK 73112

El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m.-5:00 p. m.

Respetuosamente,

Oficina Comercial de INTEGRIS Health



Solicitud de ayuda económica

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE		EDAD	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
CATEGORÍA DE LA SOLICITUD NUEVA (SOLICITUD POR PRIMERA VEZ/VENCIDA) <input type="checkbox"/> REDETERMINACIÓN (ANTERIORMENTE DENEGADA/EVENTO DE VIDA) <input type="checkbox"/>		¿HA OLCITADO ASISTENCIA MÉDICA (MEDICAID)? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="checkbox"/> /CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> /VIUDO <input type="checkbox"/>		
INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE	PACIENTE			CÓNYUGE o GARANTE (para pacientes menores)		
	NOMBRE			NOMBRE		
	DIRECCIÓN			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	TELÉFONO ()		TELÉFONO CELULAR ()	TELÉFONO ()		TELÉFONO CELULAR ()
	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		
	EMPLEADOR			EMPLEADOR		
	SI ESTÁ DESEMPLEADO, ÚLTIMA FECHA EN LA QUE TRABAJÓ			SI ESTÁ DESEMPLEADO, ÚLTIMA FECHA EN LA QUE TRABAJÓ		
	FECHA EN QUE RECIBIÓ EL ÚLTIMO CHEQUE:			FECHA EN QUE RECIBIÓ EL ÚLTIMO CHEQUE:		
INFORMACIÓN FAMILIAR	FAMILIARES QUE VIVEN EN LA CASA					
	NOMBRE		EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN	SEGURO SOCIAL
PACIENTE Y FAMILIA	Escriba los totales mensuales	PACIENTE \$	CÓNYUGE \$	DEPENDIENTES \$	PENSIONES/ANUALIDADES \$	
		SEGURO SOCIAL \$	DISCAPACIDAD \$	TRABAJO INDEPENDIENTE - ADJUNTAR PROGRAMA C \$	INGRESOS MENSUALES TOTALES: \$	

Entiendo que INTEGRIS Health puede verificar la información económica contenida en esta solicitud en relación con la evaluación correspondiente, y por la presente autorizo a que se comuniquen con mi empleador para certificar la información proporcionada o pedir a las agencias los reportes crediticios. Soy consciente de que esta información se usará para determinar mi elegibilidad para la ayuda económica y falsificaciones. La información en esta solicitud es correcta hasta donde yo sé. **Esta solicitud debe completarse para determinar la elegibilidad. Las solicitudes incompletas pueden causar retrasos o rechazo.** Además, entiendo que cualquier reembolso de gastos médicos que reciba en relación con esta solicitud debe enviarse a INTEGRIS Health.

Firma de la persona que hace la solicitud

Fecha

Firma de la persona que hace la solicitud, si no es el paciente

Fecha