



# Solicitud para asistencia financiera

*Oregon Anesthesiology Group, PC*

OAG ofrece un programa que provee asistencia financiera para las personas y familias que cumplen con los requisitos de ingresos. Usted podría calificar para cuidados gratuitos o de costo reducido en base al tamaño e ingresos de su familia, aun cuando tenga un seguro médico.

**NOTA IMPORTANTE:** Si usted recibió asistencia financiera de su hospital u oficina de cirujano, no necesita presentar una solicitud. Simplemente envíe una copia de su carta de asistencia financiera a la dirección o número de fax siguiente. En la mayoría de los casos, OAG igualará los términos de asistencia financiera de su hospital u oficina de cirujano.

**Nosotros queremos ayudar. ¡Por favor presente su solicitud sin demora!  
Envíe su solicitud completa con toda la documentación por correo postal o fax a:**

**Dirección:**

Medac  
ATTN: OAG Patient Accounts  
150 Bluff Avenue  
North Augusta, SC 29841

**Número de fax:**

ATTN: OAG Patient Accounts  
(706) 396-3222

## Lista de verificación de la solicitud

- Incluya toda la documentación requerida sobre sus ingresos.**  
*Nuestra respuesta podría demorarse si recibimos una solicitud incompleta.*
- No envíe documentos originales.
- Quédese con una copia de su solicitud.
- Firme y ponga la fecha en su solicitud.
- Envíe por correo postal o fax su solicitud a la dirección y número de fax indicado arriba.
- Recordatorio: Usted seguirá recibiendo las facturas hasta que nosotros recibamos su solicitud.

**Si usted necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor contáctenos llamando al (503) 972-7103.**

Por favor, llene toda la información por completo. Si no se aplica a su situación, escriba “NA”.  
 Anexe páginas adicionales si es necesario.

**POR FAVOR TOME EN CUENTA**

- No podemos garantizar que todas las solicitudes calificarán para asistencia financiera.
- Después de enviar su solicitud, podríamos pedirle una información adicional o comprobante de ingresos.
- Nosotros le avisaremos por escrito si usted califica o no califica para asistencia. Esto sucederá dentro de **30 días de calendario** después de recibir su solicitud y documentación.

**INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE Y SOLICITANTE**

Nombre del paciente:	Segundo nombre del paciente:	Apellido del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:
Nombre de la persona responsable de pagar la factura:		Relación con el paciente:	Fecha de nacimiento:
Dirección de correo postal:			Números de contacto principales:
_____			( ) _____
_____			( ) _____
Ciudad	Estado	Código postal	Correo electrónico:
			_____

Situación de empleo de la persona responsable de pagar la factura:

- Empleado** (fecha de contratación: \_\_\_\_\_)  **Desempleado** (por cuánto tiempo: \_\_\_\_\_)  
 **Empleado por cuenta propia**  **Estudiante**  **Discapacitado**  **Retirado**  **Otro** (\_\_\_\_\_)

**INFORMACIÓN DE LA FAMILIA**

Indique a los miembros de familia en su hogar, incluyéndose usted mismo. “Familia” incluye a las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

**TAMAÑO DE LA FAMILIA** \_\_\_\_\_

*Anexe una página adicional si es necesario*

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años de edad o más, nombre del empleador o fuente de ingresos:	Si tiene 18 años de edad o más, Ingresos mensuales brutos totales (antes de impuestos):	¿También solicita asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

## INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

**Los ingresos de todos los miembros de familia adultos deben revelarse. Por ejemplo, las fuentes de ingresos incluyen:**

- Sueldos/salarios - Desempleo - Empleo por cuenta propia - Compensación de trabajadores
- Discapacidad - SSI - Manutención de niños/cónyuge - Programas de estudio y trabajo (estudiantes)
- Pensión - Distribuciones de cuentas de retiro

**RECUERDE: Usted debe incluir un comprobante de ingresos con su solicitud.**

**Usted debe proveer información sobre los ingresos de su familia.** La verificación de ingresos es requerida para determinar la asistencia financiera. Todos los miembros de familia de 18 años de edad o más deben revelar sus ingresos. Si usted no puede proveer una documentación, puede presentar una declaración firmada por escrito describiendo sus ingresos. Por favor, provea un comprobante para cada fuente de ingresos identificada.

**Ejemplos de comprobantes de ingresos incluyen:**

- Declaración de retención de impuestos W-2; o
- Talones de pagos recientes (3 meses); o
- Declaración de impuestos del año pasado, incluyendo formularios si corresponde; o
- Declaración firmada por escrito de empleadores u otros; o
- Aprobación/negación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación/negación de elegibilidad para compensación de desempleo.

Si usted no tiene ingresos ni tampoco un comprobante de ingresos, por favor anexe una página adicional con una explicación.

## INFORMACIÓN ADICIONAL

Por favor, anexe una página adicional si hay otra información sobre su situación financiera actual que usted desea que conozcamos, tales como dificultades financieras, gastos médicos excesivos, ingresos temporales/estacionales o pérdidas personales.

## ACUERDO DEL PACIENTE

Yo entiendo que OAG o los proveedores de OAG podrían verificar mi información revisando la información de crédito y obteniendo información sobre otras fuentes para determinar mi elegibilidad para asistencia financiera.

Yo afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si la información financiera que yo doy es falsa, mi petición para asistencia financiera podría ser rechazada.

---

Nombre impreso de la persona solicitante

---

Firma de la persona solicitante

---

Fecha