

**GUIDELINES FOR FILING OF COMMUNITY FREE SERVICE APPLICATION — Spanish INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE SERVICIO COMUNITARIO GRATUITO**

Al llenar la solicitud (aplicación) de Servicio comunitario gratuito, asegúrese de llenar todas las áreas del formulario incluyendo:

- ❖ Su fecha de nacimiento
- ❖ Su número del Seguro Social o Número de identificación de contribuyente
- ❖ Número de dependientes (inclúyase usted mismo, su cónyuge y todos los niños que residan con usted, abuelos, suegros, etc., que usted incluye como dependientes en su declaración del impuesto federal sobre el ingreso)
- ❖ Ingreso bruto familiar anual [incluya ingresos provenientes de todos los miembros de su familia que trabajan e ingresos de todas las fuentes, tales como seguro de desempleo, seguro de incapacidad temporal (TDI, por sus siglas en inglés) etc.] Si no está trabajando y no tiene ningún ingreso, sírvase incluir eso en una carta junto con una explicación acerca de cómo se pagan sus gastos y quién le da apoyo. Si alguien le proporciona alimentos y refugio, sírvase enviar una carta de esa persona describiendo su situación de vivienda/ingreso.

Por favor, proporcione una copia de los siguientes artículos gastos mensuales, (Calefacción, alquiler, comida, Servicios públicos, etc.)

- ❖ Identificación – Cualquiera de los siguientes: Una licencia de conducir emitida por el estado, una tarjeta de identidad emitida por el estado, tarjeta de extranjero residente, pasaporte de los Estados Unidos, etc.)
- ❖ Prueba de residencia – Impuesto local o factura de servicios públicos (teléfono, electricidad, gas o cable) dirigida a usted y que muestre su dirección local. Si es indigente, puede presentar una declaración de apoyo de cualquier refugio, iglesia u organización cívica aplicable que esté familiarizado con usted y sus circunstancias.
- ❖ Aviso de asistencia médica o denegación o aprobación de asistencia pública general.
- ❖ Copias de los talones de cheques de paga más recientes (correspondientes a los últimos dos períodos de paga) para todos los miembros de la familia que trabajan. Sírvase incluir seguro de desempleo, seguro de incapacidad temporal, Seguro Social, etc.
- ❖ Copia de la declaración del impuesto federal o estatal sobre el ingreso del año anterior y todos los formularios(s) W-2 de respaldo. Si no presentó una declaración del impuesto sobre el ingreso el año anterior, deberá obtener verificación escrita de no presentación del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) llamando al 1-800-829-1040.
- ❖ Copias de sus estados de cuentas de ahorros y/o cheques más recientes o una copia del saldo reciente de su libreta bancaria de los últimos tres meses. Asegúrese de incluir cuentas individuales de jubilación (IRA, por sus siglas en inglés), cuentas del mercado monetario, certificados de depósito, etc.

Si ninguna de las opciones anteriores le es aplicable, sírvase presentar una carta firmada explicando sus circunstancias.

Los Defensores Financieros del Paciente (PFA, por sus siglas en inglés) de Brown University Health están disponibles para ayudar a completar la solicitud. el paciente/familia del paciente puede programar una cita o acudir sin cita previa para ver a un defensor en cualquier lugar a continuación. Los pacientes también pueden recibir información de asistencia llamando a la PFA al (401-444-7850. Para consultas de los hospitales de Massachusetts, llame al número que aparece en el hospital a continuación.

Envíe la solicitud y la documentación de respaldo directamente a la Oficina del Defensor Financiero del Paciente a

las direcciones del hospital respectivo a continuación:

Rhode Island Hospital/Hasbro Children's Hospital ATTN: Patient Advocate APC Basement/HIS Dept. 593 Eddy Street Providence, RI 02903	The Miriam Hospital ATTN: Patient Advocate 164 Summit Ave Providence, RI, 020906	Newport Hospital ATTN: Patient Advocate 20 Powell Street Newport, RI, 02840
Emma Pendleton Bradley Hospital ATTN: Financial Counselors 1011 Veterans Memorial Parkway Riverside, RI 02915	Saint Anne's Hospital ATTN: Financial Counselors 795 Middle St Fall River, MA 02721 (508) 235-5029	Morton Hospital ATTN: Financial Counselors 88 Washington St Taunton, MA, 02780 (508) 508-828-7324
Gateway Healthcare 103 Bacon Street Pawtucket, RI 02860	Gateway Healthcare 1443 Hartford Avenue Johnston, RI 02919	Gateway Healthcare 4705A Old Post Road Charlestown, RI 02813

Las solicitudes usualmente se procesan dentro del término de 14 días a partir de la fecha en que se reciben. Gracias por su cooperación.

# SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA DE LOS HOSPITALES DE BROWN UNIVERSITO HEALTH Y AFILIADOS

Toda aprobación de esta solicitud es temporal y expira 12 meses después de la fecha de aprobación

Hospitales y afiliados de Brown Universitario Health		Fecha: _____	
Paciente: _____		Garante/cónyuge: _____	
N.º de expediente: _____		N.º de expediente: _____	
Fecha de nacimiento: _____		Fecha de nacimiento: _____	
N.º de seguro social (si lo tiene): _____		N.º de seguro social (si lo tiene): _____	
Teléfono de casa: _____	Teléfono celular: _____	Teléfono de casa: _____	Teléfono celular: _____
Dirección del domicilio: _____		Relación con el paciente: _____	
_____		Dirección del domicilio: _____	
¿Propietario/inquilino? _____		_____	
Ocupación y empleador: _____		Ocupación y empleador: _____	
Dirección del empleador: _____		Dirección del empleador: _____	
Está esta visita relacionada con una lesión o un accidente laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es sí, presente la información del seguro y adjunte una explicación)			
¿Es usted dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cantidad de dependientes (incluido usted mismo): _____	
¿Recibe beneficios SNAP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, presente una carta actual		¿Vive actualmente en un albergue? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, presente una carta del albergue	
¿Ha solicitado HealthSource RI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presente una carta		¿Ha solicitado beneficios del Seguro Social por discapacidad? (SSDI) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es sí, indique cuándo)	

**Presente la siguiente información de TODOS los miembros de la unidad familiar, EXCEPTO el paciente o garante.**

Nombre y relación con el paciente: _____	N.º de seguro social (si lo tiene): _____	Fecha de nacimiento: _____	N.º de historia clínica: _____
Teléfono y dirección del empleador: _____	Dirección del domicilio: _____		
Nombre y relación con el paciente: _____	N.º de seguro social (si lo tiene): _____	Fecha de nacimiento: _____	N.º de historia clínica: _____
Teléfono y dirección del empleador: _____	Dirección del domicilio: _____		
Nombre y relación con el paciente: _____	N.º de seguro social (si lo tiene): _____	Fecha de nacimiento: _____	N.º de historia clínica: _____
Teléfono y dirección del empleador: _____	Dirección del domicilio: _____		
Nombre y relación con el paciente: _____	N.º de seguro social (si lo tiene): _____	Fecha de nacimiento: _____	N.º de historia clínica: _____
Teléfono y dirección del empleador: _____	Dirección del domicilio: _____		

INGRESOS MENSUALES	CANTIDAD	ACTIVOS	CANTIDAD	GASTOS MENSUALES/PASIVOS	CANTIDAD
Sueldo y salarios del paciente		Ahorros		Pago de hipoteca o alquiler	
Sueldo y salarios del cónyuge		Cuenta corriente		Saldo actual _____	
Sueldo y salarios del garante		Certificados de depósito (CD)		Impuestos sobre la propiedad si no están incluidos en el pago de la hipoteca	
Ingresos por trabajo por cuenta propia		Cuentas de mercado monetario		Servicios públicos: Gas/electricidad/combustible _____	
Ingresos por cuidado infantil		Bonos de ahorro		Cable/internet _____	
Ingresos de alquiler		Acciones		Teléfono _____	
Compensación por desempleo		Bonos		Pagos de automóvil o arrendamiento	
Seguro por discapacidad temporal		Fondos mutuos		Saldo actual _____	
Manutención infantil		Cuentas individuales de jubilación (IRA)		Pagos de tarjeta de crédito	
Pensión alimenticia		Planes 401(k)		Saldo actual _____	
Beneficios de la Administración de Veteranos (VA)		Planes 403(b)		Préstamos en cuotas	
Pagos del seguro social		Planes 457		Saldo actual _____	
Ingresos en concepto de intereses y dividendos		Seguro de vida con valor en efectivo		Seguro de automóvil	
Regalías		Propiedad personal		Seguro de propietarios/inquilinos	
Pensiones		Segunda vivienda y propiedad de alquiler		Gastos médicos	
Asistencia pública (incluir el SNAP si corresponde)		Automóviles adicionales		Comestibles	
Otro				Otros gastos	
<b>INGRESOS MENSUALES:</b>					
<b>INGRESOS ANUALES:</b>			<b>TOTAL:</b>		<b>TOTAL:</b>

“Solicito que el hospital determine si reúno los requisitos para recibir ayuda económica. Comprendo que esta información es confidencial y está sujeta a una verificación por parte del hospital. También comprendo que, si la información que doy es falsa, me pueden negar la ayuda económica y puedo ser responsable del pago de los servicios hospitalarios prestados. Por el presente, certifico que la información en esta solicitud está completa y es correcta a mi leal saber y entender, y que comprendo el proceso y mis responsabilidades”.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge/garante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA FINES INTERNOS**

Aprobada por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Denegada por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del administrador: \_\_\_\_\_ Asistencia médica:  Sí  No

Cobertura del seguro: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_ Nivel de pobreza federal (FPL): \_\_\_\_\_ % de FPL: \_\_\_\_\_

DESCUENTO (%): \_\_\_\_\_ Intervalo de fechas: \_\_\_\_\_