

Date:
Fecha:

Dear Applicant:

You may be able to get financial help from Southern NH Medical Center and possibly other NH Health Access Network providers.

The NH Health Access Network is a group of hospitals, doctors and other health care providers in New Hampshire that work together to help children and adults when they can't afford the health care they need.

To get financial help through the NH Health Access Network, you must have tried to get, and been refused, all other sources of payment including insurance, public assistance, or a lawsuit.

To find out if you or your household qualifies, you must give us proof of your income. Please fill out the attached application and sign it. Then, please send us that application and a COPY of each of the following for your household:

Estimando aplicante:

Usted puede obtener ayuda financiera del Centro Médico del Sur de NH y posiblemente de otros proveedores de la Red de Acceso a la Salud de NH.

La Red de Acceso a la Salud de NH está compuesta por un grupo de hospitales, médicos y otros profesionales de la salud de New Hampshire que trabajan en forma conjunta para ayudar a los niños y adultos que no pueden costear la atención Médica que necesitan.

Para obtener ayuda financiera a través de la Red de Acceso a la Salud de NH usted debió de haber tratado de conseguir alguna de todas las otros fuentes de pago posibles, incluidos seguros, asistencia pública o juicio legal, sin haberlo logrado.

Usted para saber in usted otros miembros de su familia califican, debe darnos prueba de sus ingresos para saber si usted un miembro de su familia cumplen los requisitos necesarios para recibir la ayuda. Complete la solicitud que se adjunta y firmela. Luego envíenos la solicitud y una COPIA de cada uno de los siguientes documentos en nombre de los miembros de su familia:

1. Complete copy of your most recent Federal Income Tax Return and all schedules.
2. Last year's W-2 forms
3. Copies of the three (3) most recent, consecutive paycheck stubs or a statement from the employer
4. Copies of the three (3) most recent bank statements (e.g., savings, checking, money market, IRA, 401K, etc.)
5. Copies of unemployment or disability compensation benefits statements
6. Copies of pension benefits stubs
7. Copies of social security income (yearly benefits statements, copy of check or direct deposit)
8. Copy of Food Stamp allocation
9. Copies of government assistance notices (including Department of Health & Human Services)

1. *Copia completa de su más reciente Declaración Federal de Impuesto sobre el Ingreso y todos sus anexos.*
2. *Formularios W-2 del último año.*
3. *Copia de sus tres (3) talones de cheque de paga consecutivos más recientes o una declaración de su empleador.*
4. *Copia de los tres (3) estados de cuenta más recientes (por ejemplo, cuenta de ahorros, cuenta de cheques, cuenta de mercado de dinero, cuenta personal de jubilación IRA, 401K, etc.).*
5. *Copias de las declaraciones de beneficios de compensación por desempleo o incapacidad.*
6. *Copias de los talones de prestación por jubilación.*
7. *Copias de los ingresos del seguro social (declaraciones de beneficios anuales - copias de cheques o depósitos directos).*
8. *Copia de la asignación de cupones de alimentos.*
9. *Copias de notificaciones de asistencia del gobierno (incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos).*

Please use this checklist to be sure we have all the information we need to quickly and correctly process your application. We may ask you for additional information about your credit evaluation and income tax return. The information you provide is confidential.

You will continue to be financially responsible for any services you receive until we have learned whether you qualify for help.

If you have not heard from us in 30 days after returning your application, or you need help in understanding it, please call _____ at _____.

Sincerely,

Por favor use este listado para asegurarse de que tenemos toda la información necesaria para procesar su solicitud en forma rápida y correcta. Podemos pedirle información adicional sobre su evaluación de créditos y declaración de impuesto sobre el ingreso. La información que nos provee es confidencial.

Usted seguirá siendo financieramente responsable de todos los servicios que reciba hasta que hayamos comprobado si usted califican para ayuda financiera .

Si no ha sabido de nosotros después de 30 días de presentada su solicitud, o si necesita ayuda para entenderla, llame a _____ al número _____.

Atentamente,



Financial Assistance Application
Solicitud de Asistencia Financiera

1. Patient's Information:
Información sobre el paciente:

<i>Last Name</i> <i>Apellido</i>	<i>First Name</i> <i>Nombre</i>	<i>Middle Initial</i> <i>Inicial/segundo nombre</i>	<i>Social Security Number</i> <i>Número seguro social</i>	<i>Date of Birth</i> <i>Fecha de nacimiento</i>
-------------------------------------	------------------------------------	--	--	--

<i>Street Address</i> <i>Dirección</i>	<i>City</i> <i>Ciudad</i>	<i>State</i> <i>Estado</i>	<i>Zip code</i> <i>Código postal</i>	<i>check one:</i> <i>marque uno:</i>
<input type="checkbox"/> <i>Home Phone Number</i> <i>Número de teléfono de la casa</i>	<input type="checkbox"/> <i>Work Phone Number</i> <i>Número de teléfono del trabajo</i>	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		

2. Person Responsible for Paying the Bill
Persona responsable de pagar la cuenta

<i>Last Name</i> <i>Apellido</i>	<i>First Name</i> <i>Nombre</i>	<i>Middle Initial</i> <i>Inicial/segundo nombre</i>	<i>Relationship to Patient</i> <i>Parentesco con el paciente</i>	<i>Social Security Number</i> <i>Número de seguro social</i>
-------------------------------------	------------------------------------	--	---	---

<i>Address If Different From Patient's</i> <i>Dirección si es diferente de la del paciente</i>	<i>Home Phone Number</i> <i>Número de teléfono de la casa</i>	<i>Work Phone Number</i> <i>Número de teléfono del trabajo</i>
---	--	---

<i>Name of Insurance Company</i> <i>Nombre de la compañía de seguros</i>	<i>Effective Date</i> <i>Fecha de vigencia</i>
---	---

3. **Please indicate ALL people living in the household, including applicant:
Escriba los datos de TODAS las personas que viven en el hogar, incluido el/la solicitante:

Use additional sheet of paper if needed
Use una hoja de papel adicional si es necesario

<i>NAME</i> <i>NOMBRE</i>	<i>RELATIONSHIP TO PATIENT</i> <i>PARENTESCO CON EL PACIENTE</i>	<i>DATE OF BIRTH</i> <i>FECHA DE NACIMIENTO</i>	<i>SOC. SECURITY #</i> <i>Nº SEGURO SOCIAL</i>	<i>DOCTOR'S NAME</i> <i>NOMBRE DEL MÉDICO</i>
------------------------------	---	--	---	--

1	Self / El mismo
2	
3	
4	
5	
6	

4. Is this application for future or past services?
 ¿Esta solicitud corresponde a servicios médicos futuros o pasados?
 Future Past Date(s) of Services: _____
Futuros Pasados Fecha(s) de los servicios:
5. Has anyone in your household applied for NH Healthy Kids or Medicaid?
 ¿Algún alguien en su hogar ha solicitado los beneficios de NH Healthy Kids (Servicio Médico para Niños de NH) o de Medicaid?
 Yes / Sí No / No Who / ¿Quién?: _____
 When? _____ What is the status? Pending Denied Reason: _____
 ¿Cuándo? ¿En que estado se encuentra la solicitud? Pendiente Rechazada Motivo:
6. Is there anyone in your household who is pregnant?
 ¿Algún miembro de su hogar esta embarazada?
 Yes / Sí No / No Who / ¿Quién?: _____
7. Has anyone in your household served in the military?
 ¿Algún miembro de su hogar ha prestado servicios en el ejército?
 Yes / Sí No / No Who / ¿Quién?: _____
8. Have you recently filed a workers' compensation claim?
 ¿Usted ha solicitado recientemente algún seguro por accidentes de trabajo?
 Yes / Sí No / No Date / Fecha: _____
9. Is anyone in your household eligible for Social Security benefits?
 ¿Algún miembro de su hogar cumple las condiciones para recibir prestaciones de Seguridad Social?
 Yes / Sí No / No Who / ¿Quién?: _____
10. Is anyone in your household covered by health insurance?
 ¿Algún miembro de su hogar tiene cobertura de seguro médico?
 Yes / Sí No / No Who / ¿Quién?: _____
 Name of Insurance company _____
 Nombre de la compañía de seguros
11. Is anyone in your household covered by a health savings account (HAS)?
 ¿Cualquier persona en su casa esta cubierta por una cuenta de ahorros de la salud?
 Yes / Sí No / No Who / ¿Quién?: _____

12. HOUSEHOLD INFORMATION INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL HOGAR	PERSON 1 PERSONA 1	PERSON 2 PERSONA 2	PERSON 3 PERSONA 3
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------

*NAME of each household member: NOMBRE Y APELLIDO de cada miembro del hogar:	_____	_____	_____
NAME of employer / NOMBRE de empleador:	_____	_____	_____
Monthly Income From Ingreso mensual proveniente de:			
Employment / <i>Empleo:</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Self-Employment / <i>Trabajo por cuenta propia:</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Investment Accounts / <i>Cuentas de inversión:</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Real Estate rentals / <i>Rentas de propiedades :</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Unemployment / <i>Seguro de desempleo:</i> since / desde (____/____/____)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Retirement / <i>Retiro:</i> (Soc. Security, Pension, Annuity) (<i>Seguridad social, Pensión, Anualidad</i>)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Alimony/Child Support: <i>Pensión alimentaria / mantenimiento de hijos:</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Public Assistance, Food Stamps: <i>Asistencia pública / Cupones de alimentos:</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Other Income / <i>Otros ingresos:</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Savings and Investments:**Ahorros e inversiones:**

Checking Account Balances \$ _____ \$ _____ \$ _____
Saldo de cuentas de cheques (cuentas corrientes)

Savings & CD Account Balances \$ _____ \$ _____ \$ _____
Saldo de cuenta de ahorros y certificados de depósito

IRA, 403B, 401K: _____

Specify / *Especifique*: _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____

Other savings and investments: _____

Otros ahorros e inversiones

Specify / *Especifique* : _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____

Other / Otros:

Value of Automobile: \$ _____ \$ _____ \$ _____
Valor del automóvil

What is the Year, Make, Model? _____
¿Año, marca y modelo?

Value of Recreation Vehicle: \$ _____ \$ _____ \$ _____
Valor del vehículo para recreación

What is the Year, Make, Model? _____
¿Año, marca y modelo?

11. HOUSEHOLD EXPENSES / GASTOS DEL HOGAR

Monthly Rent Payment: \$ _____ or Mortgage Payment: \$ _____ Mortgage Loan Balance \$ _____
Pago de renta mensual o Pago de hipoteca Saldo de préstamo hipotecario

Property Tax Amount Not Included in Payment Amount Above: \$ _____ Value of Home: \$ _____
Valor del impuesto inmobiliario no incluido en el ítem anterior Valor de la casa

Do You Own Property Other Than Primary Residence? Yes No If Yes, What is the Value? \$ _____
¿Es propietario de otro inmueble además de la casa donde vive? Sí No Si respondió sí, ¿cuál es su valor?

12. OTHER COMMENTS Check here if you have attached additional information you would like considered with your application.

OTROS COMENTARIOS Marque esta casilla si ha adjuntado información adicional que desea que consideremos para su solicitud.

13. ASSIGNMENT OF RIGHTS *Read Carefully*
CESIÓN DE DERECHOS *Lea detenidamente*

By signing below I authorize the request for my credit report and/or tax return. I understand that a tax return is needed to process this application and that more information may be requested before my eligibility can be determined.

By signing below, I certify that all information I have submitted is true. I understand that any incorrect, incomplete or false information that I provide or someone else provides for me could cancel my application for financial assistance.

All adult household members who sign below authorize the release of any medical, financial or employment information which relates directly to their health care or to their financial assistance eligibility. This information may be released to any health care providers from whom household members have sought health care services or financial assistance. All information provided will remain confidential under the provisions of HIPAA federal regulations. Elective procedures may not be considered for assistance.

I agree that I will repay the full financial assistance award if I receive payment of any kind for the medical services covered by this application, for example insurance payments, government program payments, award from a lawsuit or any other payment.

If I receive Financial Assistance, I agree to tell the organization where I first applied of any changes which could impact eligibility, including changes to family size, income and health insurance coverage. I understand that if my/our medical situation changes so that I/we might be eligible for a public assistance program, I will need to apply to that program and provide proof of application.

Mediante mi firma al pie autorizo que se solicite un informe de mi evaluación de créditos y declaración de impuesto sobre el ingreso. Comprendo que la declaración de impuesto sobre el ingreso es necesaria para procesar esta solicitud y que es posible que deban requerir más información antes de determinar si reúno las condiciones para recibir este beneficio.

Mediante mi firma abajo, doy fe de que toda la información que entregué es verdadera. Comprendo que toda información incorrecta, incompleta o falsa dada por mí o por otra persona en mi nombre daría lugar a la cancelación de mi solicitud de asistencia financiera.

Todos los adultos integrantes del núcleo familiar que firman al pie autorizan la divulgación de información médica, financiera o laboral que guarde relación directa con las condiciones requeridas para recibir cuidados médicos o asistencia financiera. Dicha información puede ser divulgada a los profesionales sanitarios de quienes los integrantes del núcleo familiar han requerido servicios médicos o asistencia financiera. Toda la información proporcionada tendrá carácter confidencial según lo estipulado por las reglamentaciones federales del HIPAA.

Acepto rembolsar el monto total de la asistencia financiera si recibo un pago de cualquier tipo por los servicios médicos cubiertos por esta solicitud, como por ejemplo pagos de seguros, pagos de programas de gobierno, montos asignados por un juicio y cualquier otro pago.

Si recibo Asistencia Financiera, acepto que en primer término deberé notificar a la organización ante la cual presenté la solicitud respecto de cualquier cambio que pueda afectar el cumplimiento de los requisitos, incluidos los cambios en el tamaño del grupo familiar, ingresos y seguro de cobertura médica. Comprendo que si mi/nuestra situación médica cambia de tal modo que pueda/podamos cumplir los requisitos para un programa de asistencia pública, deberé solicitar ese programa y presentar prueba de esa solicitud.

Applicant Signature
Firma de Aspirante

Date
Fecha

Co-applicant Signature
Firma de co-aspirante

Date
Fecha