



Physicians Billing Service

Solicitud Financiera

Paciente:
Garante #:

Estimado/a :

Adjunto a esta carta encontrará una aplicación financiera y una lista de verificación. Por favor, marque con una "X" próximo los artículos que esta enviando.

Recuerde, debe COMPLETAR todo el formulario. Adjunte todos los documentos y devuelva la solicitud. Si no devuelve la solicitud, su cuenta puede ir a una agencia de colecciones. Si tiene alguna pregunta, llámenos **ANTES** de enviar su solicitud por correo. El número de teléfono es 314-273-0500 de lunes a jueves de 8:00 a. m. a 6:30 p. m. y viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Pacientes Externos (Walk-Ins) solo de 8:00am- 4:00pm: (Por favor, NO mande la aplicación a esta dirección).

WashU Medicine Physicians Billing Service
Center for Advanced Medicine
Oficina de Asesores Financieros de WU, Tercer piso
(detrás del mostrador de registro de radiología)
4921 Parkview Place
St. Louis, MO 63110

Puede enviar su solicitud por fax al 844-395-8822

Para enviar solicitudes por correo: (buzón, no una ubicación física para entregar)

WashU Medicine Physicians Billing Service
660 South Euclid
Mailstop Code: 8239-87-1800
St. Louis, MO 63110

Consultas sobre el estado de su solicitud de asistencia financiera al 314-273-0880 o al 314-273-0500.

Atentamente,
WashU Medicine Physicians Billing Service

LISTA DE VERIFICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Número de cuenta:

Por favor revise con cuidado.

Toda la documentación solicitada debe adjuntarse a su solicitud. Si está casado/a, debe incluir la información de su esposo/a. Si el paciente es menor de 18 años, deberá incluir la información de ambos padres:

- Copia del documento con el que presenta sus impuestos federales (Federal Income Tax Return) Si no tiene sus impuestos federales, necesita pedir por una "carta de on-filing" Por favor envíe esta carta.
- Copias de W-2's por su empleador actual tanto del paciente como el de su esposo/a
- Formularios 1099 recibidos para ingresos de pensión/jubilación, dividendos, desembolsos de IRA, etc.
- Todos los anejos preparados con sus impuestos (A, B, C, D, E, F, formularios 4797, 8829, etc.)

(Por favor no envíe sus impuestos estatales, solo se requieren impuestos federales)

Si no presentó impuestos, llame al IRS (800-908-9946) y solicite una "transcripción de no presentación". Envíenos una copia de esta transcripción. Puede obtener una copia en línea en IRS.gov, opción para imprimir o solicitar una copia por correo.

Si ha recibido beneficios de los *siguientes medios* , necesitamos las copias de:

- Compensación de desempleo el más reciente "Informe Trimestral"
 - Beneficio de Seguro Social - Carta de concesión del Seguro Social o depósito bancario como prueba de beneficios por incapacidad
 - Carta del empleador indicando licencia médica no remunerada
 - Pensión Infantil (Alimony)/Ayuda de hijos*
 - Carta firmada de la(s) persona(s) que brindan ayuda financiera
 - Los dos cheques de pago más recientes de su(s) empleador(es) tanto para el paciente como para su esposo/a
 - Beneficios de pensión (extracto bancario o extracto de la empresa)
 - Asistencia de alimentos/vivienda/ayuda de servicios públicos
 - Si es estudiante, copia del horario escolar/asistencia financiera/información de Becas
 - Si no está empleado, proporcione prueba de que no obtiene ingresos o la última fecha de empleo (de la división de servicios de empleo para el último año en curso)
- ILLINOIS: 800-244-5631 MISSOURI: 314-340-4950

Antes de procesar su solicitud, si no tiene ningún seguro médico, solicite Medicaid si aún no lo ha hecho:

- **Illinois:** 1-800-843-6154; o visite la oficina local del DHS
- **Missouri:** 1-855-373-9994; o visite la oficina local del DHS

- Si Medicaid o IPA le ha sido negado, envíe copia de la carta de negación.*
- Si fue aprobado por Medicaid o IPA y tiene un requisito de Spenddown, necesita enviar una copia de la carta de Spenddown y incluir el nombre de su trabajador del caso, número de teléfono, el número de fax si está disponible.

Si ha solicitado o ha sido aprobado por Medicaid o IPA, proporcione lo siguiente:

Nombre de trabajador del caso Número de teléfono Numero de fax

Por favor, marque porque necesita ayuda financiera:

____ Missouri o Illinois Spenddown ____ Alto Deducible
____ Cociente de deuda/ingreso ____ No tengo Seguro Medico
____ Desempleo ____ Otros _____

Tenga en cuenta:

- Si los cargos resultan de un accidente automovilístico, se debe proporcionar y facturar su seguro de automóvil antes de solicitar asistencia financiera. Si no hay cobertura de seguro, incluya la carta del seguro o el informe policial que indique que no hay cobertura de seguro.
- Si es víctima de un delito, debe presentar un informe policial y completar una solicitud con Víctimas de un delito antes de solicitar asistencia financiera.
- Si los cargos resultan de un accidente, como una caída en una tienda, casa, lugar de trabajo o cualquier otro tipo de negocio, se debe facturar su seguro de responsabilidad antes de solicitar asistencia financiera.
- No todos los servicios están cubiertos por la asistencia financiera. Los copagos están excluidos de la asistencia financiera y se espera que se paguen en el momento del servicio. Los cargos de medicamentos de quimioterapia solo permiten un descuento máximo del 40% si se le aprueba la asistencia financiera.

Completé toda mi solicitud y adjunté toda la documentación requerida.

Firma del paciente

Fecha

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Devuelva este formulario firmado con su solicitud de asistencia a:

WashU Medicine Physicians Billing Service
Attn: FAP Department
WashU Medicine
660 S Euclid Ave.
Mailstop Code: 8239-87-1800
St. Louis, MO 63110-1093

Por Favor Adjunte Los Impuestos Federales

Fecha enviado:	# de cuenta	# de cuenta
Por favor regrese antes de:	# de cuenta	# de cuenta
Fecha regresado:	# de cuenta	# de cuenta

Nombre de Paciente:	Fecha de nacimiento -edad	El número de teléfono	Estado Civil S M W D	Seguro Social del Paciente
Paciente	Persona que es responsable de pagar (si es menor de edad)			Relación
Dirección/ Calle/ Numero de Casa	Nombre			
	Dirección/ Calle/ Numero de Casa			
Ciudad, Estado, Código Postal	Ciudad, Estado, Código Postal			
Número de Teléfono:	Número de Teléfono:			

Empleo	
Empleador del Paciente	Empleador de la persona responsable de pagar
Ocupación	Ocupación
Si desempleado, el nombre de empleador pasado	
Cuanto tiempo de desempleo:	

MIEMBROS DE LA FAMILIA – Excluyendo el Paciente

Nombre	Edad	Relación al paciente

Tiene seguro médico?	Si	No	Ha aplicado por Medicaid, Gateway o Better Health?	Si	No
Si, "sí" está disponible a la fecha del servicio? Sí, "no", porque no?			Fecha de Aplicación:		
Si no tiene seguro médico, por favor indique un razón porque no lo tiene:			Si ha sido NEGADO, indique la fecha:		
Precio?	Condición preexistente?	Otro- por favor describa:	Razón de la negación: Por favor adjunte la carta de Negación del Medicaid, Gateway o Better Health		
Si	No	Si	No	¿Ha aplicado para seguro médico con Healthcare Exchange/Obamacare? Si o NO	

Si estuvo exento de solicitar seguro, adjunte una copia de la carta y el formulario 4029

Ingreso Mensual	*Adjuntar copia del comprobante de ingreso	MRN		
		Paciente	Esposo/Esposa	Otra
Pago Salario				
Seguro Social				
Pensiones				
Desempleo / Compensación de trabajo				
Apoyo financiero de hijos / Pensión alimenticia				
Asistencia Gubernamental				
Pagos por discapacidad				
Beneficios por Huelgas/Paros				
Subvenciones por Becas				
Intereses y/o dividendos				
Otros, listar				

Costos	Mensual	Saldo adeudado	Ingresos/Valor	Paciente (juntos)
Hipoteca o Renta			Cuenta de Ahorros	
Pago de auto			Cuenta (de cheques)	
Utilidades (Gas, Electricidad, Agua)				
Cable			CD's	
Teléfono			Acciones, Bonos,	
Teléfono celular			Valor de Casa	
Comida			Auto/Motocicleta	
Cuidado de niño/a			Marca y Modelo	
Ropa			Año	
Seguro: (Auto, Vida, Salud)			Auto # 2	
Gasolina/Transportación			Marca y Modelo	
Pasatiempos			Año	
Medicamentos			Auto # 3	
			Marca y Modelo	
Médicos			Año	
			Bote/otro	
Hospitales			Otra propiedad	
Otros gastos Médicos			IRA, 401k, 403b	
Tarjetas de crédito			Responsabilidades	
			Hipoteca	
Otro (Describe)			Prestamo de auto	

POR FAVOR ADJUNTE OTRA INFORMACION IMPORTANTE CON ESTA SITUACION DE FINANCIERA EN ESTA SITUACION. (SI Aplicable)

CERTIFICO QUE LA INFORMACION CONTENIDA EN RELACION CON ESTA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA ES CORRECTA Y COMPLETA. AUTORIZO A LA VERIFICACION DE LA INFORMACION Y ENTIENDO QUE DOCUMENTACION ADICIONAL PUEDE SER SOLICITADA. TAMBIEN AUTORIZO AL HOSPITAL Y LA UNIVERSIDAD DE WASHINGTON PARA COMPARTIR 9A0 ESTE FOLRMULARIO Y SUS ANEXOS, (B) INFORMACION FINANCIARA QUE EL HOSPITAL O LA UNIVERSIDAD DE WASHINGTON PUEDE TENER, Y (C) PROPORCIONO DETALLES DE LA AYUDA FINANCIERA, CON EL HOSPITAL O MEDICO CUALQUIER O PROVEEDOR DE ATENCION MEDICA (O SUS AGENTES) QUE ESTEN EN CUIDAD DE MI. YO ENTIENDO QUE SI ALGUNA INFORMACION SE ENCUENTRA QUE ES FALSA, EL ACUERDO DE ASISTENCIA FINANCIERA O PUEDE SER ANULADO

FIRMA DE PACIENTE/DE PERSONA RESPONSABLE:

FECHA: