



71 Haynes St  
Manchester, CT 06040

860-646-1222 ext. 2768

## DIRECTRICES PARA LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Complete la solicitud de asistencia financiera e incluya toda la información necesaria.

Su solicitud será rechazada si falta información o está incompleta.

Incluya lo siguiente:

Comprobante de ingresos de todos los asalariados del hogar

Su declaración de impuestos más reciente y W2

Sus últimos cuatro (4) talones de pago

Declaraciones del Seguro Social

Declaración(es) de beneficios de pago semanal por desempleo desde el inicio hasta la actualidad

Declaración(es) de pensión

Completar todas las secciones y firmar la solicitud

Debido al alto volumen de solicitudes, espere de cuatro a seis semanas a partir de la fecha en que recibamos su solicitud para su revisión y determinación. Una vez que se haya revisado la solicitud, se le notificará por correo el estado de su solicitud y/o si se necesita información adicional.

Envíe las solicitudes completas, incluida la denegación de Medicaid y toda la información requerida, a:

ECHN  
71 Haynes St.  
Manchester, CT  
06040

ATTN: Patti Kelly  
Defensora financiera del paciente

Las solicitudes completas con copias de los documentos se pueden entregar en la oficina de la Defensora financiera del paciente ubicada en la entrada de la planta baja del hospital Manchester Memorial para cualquier servicio en las instalaciones de ECHN.

**Llame para programar una cita gratuita, privada y confidencial al 860-646-1222 x2768**



**Eastern Connecticut Health Network**

NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO:
NÚMERO DE CUENTA DEL PACIENTE #	
CORREO ELECTRONI	

I PACIENTE/PERSON RESPONSABLE				
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	MI	ESTADO CIVIL	SEGURO SOCIAL #
DIRECCION				
CIUDAD	ESTADO	ZIP	CUANTO TIEMPO VIVE EN ESTA RESIDENCIA	TELEFONO
NOMBRE DEL TRABAJO			TELEFONO DE COMAPNIA	CUANTO TIEMPO TRABAJA EN LA COMPANIA
CARGO EN LA COMPANIA			CUANTO GANA AL MES \$	CUANTO PAGA DE RENTA O HIPOTECA \$

II. INGRESOS DEL CÓNYUGE/OTROS MIEMBROS DEL HOGAR				
PELLIDO	PRIMER NOMBRE	MI	ESTADO CIVIL	SEGURO SOCIAL #
DIRECCION				
CIUDAD	ESTADO	ZIP	CUANTO TIEMPO VIVE EN ESTA RESIDENCIA	TELEFONO
NOMBRE DEL TRABAJO			TELEFONO DE COMAPNIA	CUANTO TIEMPO TRABAJA EN LA COMPANIA
CARGO EN LA COMPANIA			CUANTO GANA AL MES \$	

**PRUEBA DE INGRESOS PARA TODOS LOS ASALARIADOS DEL HOGAR**  
**\*\*Se deben adjuntar documentos de prueba de ingresos actuales, incluido el Formulario de Impuesto sobre la Renta Federal (1040) más reciente**  
 Formulario de Impuesto sobre la Renta Federal (1040) actual **REQUERIDO** \_\_\_\_\_  
 Formulario(s) W2 del año anterior \_\_\_\_\_  
 Últimos 4 recibos de sueldo: \_\_\_\_\_ (si está empleado actualmente, se deben incluir los recibos desueldo)  
 Declaración(es) del Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Declaración(es) de beneficios semanales por desempleo \_\_\_\_\_  
 Declaración(es) de pensión \_\_\_\_\_  
 Cuando está disponible la cobertura de terceros (Medicare, Medicaid, etc.), primero se deben solicitar todos los beneficios correspondientes. Para solicitar Medicaid, visite la página [Cómo solicitar en Husky Healthcare -CT.gov](http://ComoSolicitar.en.HuskyHealthcare-CT.gov). Se debe determinar que no es elegible para Medicaid para que se lo considere para recibir asistencia financiera. ECHN se compromete a brindar asistencia financiera a personas que tienen necesidades de atención médica y no tienen seguro, tienen seguro insuficiente, no son elegibles para un programa gubernamental (Medicaid/Husky) o no pueden pagar, para recibir atención de emergencia o médicamente necesaria en función de su situación financiera individual.

III. INFORMACIÓN DEL HOGAR (TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR)		
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN

ENUMERE MIEMBROS ADICIONALES DEL HOGAR EN EL REVERSO DE LA SOLICITUD

IV. INGRESOS BRUTOS MENSUALES VARIOS			
DIVIDENDOS, INTERESES	\$	PENSIONES	\$
MANUTENCIÓN PENSIÓN ALIMENTICIA	\$	OTRA	\$
SEGURIDAD SOCIAL	\$		\$
DESEMPLEO/COMPENSA LABORAL	\$	FECHA DE REGRESO AL TRABAJO	
PROPERTY	\$	INVESTMENT/RENTAL INCOME	\$
<b>TOTAL MONTHLY MISCELLANEOUS GROSS INCOME:</b>	\$		

V. INGRESO BRUTO MENSUAL		
INGRESOS MENSUALES DEL PACIENTE/RESPONSABLE	+	\$
INGRESOS MENSUALES DEL CÓNYUGE	+	\$
INGRESOS TOTALES MENSUALES VARIOS	+	\$
<b>INGRESOS BRUTOS MENSUALES TOTALES</b>	<b>=</b>	<b>\$</b>

\*\*\*INCOMPLETAS O FRAUDULENTAS\*\*\*  
 \*\*\*\*LAS SOLICITUDES SERÁN RECHAZADAS\*\*\*

AL COMPLETAR ESTA DECLARACIÓN FINANCIERA, POR LA PRESENTE AFIRMO QUE LAS DECLARACIONES ANTERIORES SON CORRECTAS Y COMPLETAS, Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA UNA VERIFICACIÓN ADICIONAL POR PARTE DE ECHN O SUS AGENTES.

Entiendo que esta información puede ser compartida con mis proveedores (ECMP) ya que son parte de ECHN.  
 Entiendo que cualquier pago realizado previamente en cuentas no es reembolsable ni aplicable a ningún descuento aprobado como parte de esta Solicitud de asistencia financiera.

FIRMA/FECHA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 : \_\_\_\_\_

APPROVED \_\_\_\_\_ %  
 DENIED \_\_\_\_\_

Envíe su solicitud por correo a 71 Haynes Street Manchester, CT 06040  
 A la atención de: Patti Kelly, defensora financiera de los pacientes