



20555 Victor Parkway  
Livonia, Michigan 48152

## **SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA**

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados en instalaciones y por médicos de Trinity Health  
Personal y confidencial

**Garante:**

**Número de caso:**

**Pacientes incluidos en este caso:**

Gracias por elegir Trinity Health Michigan como su proveedor de atención médica. Complete la solicitud adjunta y devuélvala a la dirección indicada a continuación para completar la evaluación de su asistencia financiera.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de servicio al cliente al 800-494-5797, de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m., hora del Este.

Atentamente,

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services  
En nombre de Trinity Health Michigan  
20555 Victor Parkway  
Livonia, MI 48152



20555 Victor Parkway  
Livonia, Michigan 48152

### SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados en instalaciones y por médicos de Trinity Health

**Complete y firme el formulario de solicitud y devuélvalo dentro de los 10 días, junto con copias de lo siguiente:**

Verificaciones obligatorias

- Prueba de ingresos brutos del mes pasado
- Extractos bancarios completos de los últimos dos meses de todas las cuentas bancarias, con todas las páginas incluidas (explicación de depósitos recurrentes)
- Declaraciones de impuestos recientes (formulario 1040 con Anexo C, E o F) o declaraciones de pérdidas y ganancias de tres meses (para trabajadores independientes/dependientes)

Proporcione lo siguiente, si corresponde

- W2 reciente para ingresos estacionales
- Beneficio de desempleo/carta de denegación
- Ingresos de manutención infantil/pensión alimentaria
- Sin ingresos: complete la parte de la carta de apoyo financiero de la solicitud

**Información del paciente**

|                                                                                                                                                                                                    |                              |                                                                                                                                                |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Nombre del paciente                                                                                                                                                                                |                              | Fecha de nacimiento                                                                                                                            |               |
| Número del Seguro Social/EIN (opcional)                                                                                                                                                            | Teléfono celular             | Otro teléfono                                                                                                                                  |               |
| Dirección postal                                                                                                                                                                                   | Ciudad                       | Estado                                                                                                                                         | Código postal |
| Dirección de correo electrónico                                                                                                                                                                    | ¿De qué estado es residente? |                                                                                                                                                |               |
| Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro _____                                              |                              |                                                                                                                                                |               |
| ¿Presenta una declaración de impuestos federales?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Si la respuesta es no, ¿por qué?                                                   |                              | ¿Pueden reclamarlo como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |               |
| ¿Usted o sus dependientes tenían cobertura de seguro de salud al momento del servicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>(proporcione una copia de la tarjeta del seguro) |                              |                                                                                                                                                |               |
| ¿Es residente documentado de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder                                            |                              |                                                                                                                                                |               |



20555 Victor Parkway  
Livonia, Michigan 48152

### SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados en instalaciones y por médicos de Trinity Health

| Miembros del hogar, incluido usted mismo, según sus declaraciones de impuestos recientes | Fecha de nacimiento | Vínculo con el paciente | Reclamado en la declaración de impuestos (Sí/No) |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------|--------------------------------------------------|
|                                                                                          |                     |                         |                                                  |
|                                                                                          |                     |                         |                                                  |
|                                                                                          |                     |                         |                                                  |
|                                                                                          |                     |                         |                                                  |
|                                                                                          |                     |                         |                                                  |

#### Verificación de ingresos de todos los miembros del hogar

| Fuente de ingresos mensuales | ¿Quién los recibe? | Ingreso mensual bruto (antes de impuestos) | Fuente de ingresos mensuales      | ¿Quién los recibe? | Ingreso mensual bruto (antes de impuestos) |
|------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|
| Salarios                     |                    |                                            | Indemnización laboral             |                    |                                            |
| Seguro Social/Discapacidad   |                    |                                            | Desempleo                         |                    |                                            |
| Pensión                      |                    |                                            | Manutención infantil/Pensión      |                    |                                            |
| Trabajo independiente        |                    |                                            | Ingresos por alquiler de terrenos |                    |                                            |
| Asistencia pública           |                    |                                            | Otro                              |                    |                                            |

#### Carta de apoyo financiero: solo debe completarla por la persona que brinda apoyo

- Proporciono más del 50% de apoyo para los gastos de manutención del paciente, pero no puedo ayudar con las facturas médicas.
- Al firmar esta carta, verifico que la declaración anterior es correcta y que de ninguna manera seré responsable de las facturas del paciente. Si tiene preguntas, comuníquese conmigo al \_\_\_\_\_ (número de teléfono)

|                                                   |                                |
|---------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Nombre de la persona que proporciona apoyo</b> | <b>Vínculo con el paciente</b> |
| <b>Firma de la persona que proporciona apoyo</b>  | <b>Fecha</b>                   |

#### VERIFICACIÓN DE INGRESOS E IDENTIFICACIÓN



20555 Victor Parkway  
Livonia, Michigan 48152

### **SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA**

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados en instalaciones y por médicos de Trinity Health  
Certifico que la información incluida en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que la información proporcionada está sujeta a verificación. Seré responsable del reembolso de cualquier servicio prestado en las filiales de Trinity Health si la información anterior se proporciona bajo pretextos falsos.

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

O firma del tutor legal (si corresponde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Vínculo con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Envíe su solicitud por correo a la dirección anterior, envíela por fax al 312-871-3350 y/o cargue documentos a través de MyChart (portal del paciente): <https://mychart.trinity-health.org/MyChart>. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de servicio al cliente al 800-494-5797 de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m., hora del Este.**