

PASO 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre):	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	Sexo (M/F):
Dirección de correo electrónico:	Número de teléfono fijo:	Número de teléfono celular:
Dirección:	Ciudad:	Estado y código postal:
¿Tiene un seguro médico activo? (S/N)	Tamaño del grupo familiar:	Ingresos del grupo familiar (antes de impuestos):
Número de muestreo de Boston Heart (si lo sabe):	Médico de referencia:	Id. de cliente:

PASO 2: SELECCIONE EL TIPO DE ASISTENCIA (ELIJA UNA OPCIÓN)

Opción 1: El paciente **no** tiene seguro

Opción 2: El paciente **sí** tiene seguro*

Los gastos de bolsillo se descuentan según una escala proporcional basada en el tamaño del grupo familiar y los ingresos antes de impuestos **se encuentran debajo del monto** enumerado en la siguiente tabla.

Tamaño del grupo familiar	100% de descuento	90% de descuento	80% de descuento	70% de descuento	60% de descuento	40% de descuento
1	\$15,650	\$23,475	\$31,300	\$39,125	\$46,950	\$54,775
2	\$21,150	\$31,725	\$42,300	\$52,875	\$63,450	\$74,025
3	\$26,650	\$39,975	\$53,300	\$66,625	\$79,950	\$93,275
4	\$32,150	\$48,225	\$64,300	\$80,375	\$96,450	\$112,525
5	\$37,650	\$56,475	\$75,300	\$94,125	\$112,950	\$131,775
6	\$43,150	\$64,725	\$86,300	\$107,875	\$129,450	\$151,025
7	\$48,650	\$72,975	\$97,300	\$121,625	\$145,950	\$170,275
8	\$54,150	\$81,225	\$108,300	\$135,375	\$162,450	\$189,525

Los valores de los ingresos son antes de impuestos y se basan en los índices de pobreza de 2023 (<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>). Boston Heart utiliza dos veces los índices de pobreza federales. Algunas compañías de seguro elijen usar los índices de pobreza federales. Esto puede descalificar a algunos candidatos que solicitan asistencia. Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$5,500 por cada persona adicional.

Circunstancias atenuantes consideradas: marque si corresponde y proporcione documentación de respaldo: Desempleado Cónyuge fallecido/a

*Complete la sección de información del seguro a continuación e incluya una copia del anverso y reverso de la tarjeta del seguro del paciente, junto con esta solicitud. Es posible que los pacientes que tengan cobertura de una compañía de seguro contratada no sean elegibles para recibir asistencia financiera.

Compañía aseguradora: _____ Asegurado: _____

Id. de póliza/miembro: _____ Grupo: _____

PASO 3: DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Por la presente, reconozco que la información proporcionada anteriormente es verdadera. Comprendo que soy responsable de entregar a Boston Heart las pruebas de ingresos requeridas para verificar la información proporcionada en este formulario a los fines de evaluar la necesidad financiera. Comprendo que, si no califico, me notificarán al respecto y Boston Heart me facturará los servicios prestados.

→ Firma del paciente:

Fecha:

PASO 4: EL PACIENTE DEBE BRINDAR LA DOCUMENTACIÓN DE LOS INGRESOS

Boston Heart debe recibir la confirmación de los ingresos del grupo familiar del paciente antes de brindar asistencia al paciente, incluidos los sueldos, seguro social, pensión/jubilación, dividendos/intereses, rentas/regalías, indemnización por desempleo o por accidente laboral, pensión alimenticia u otros activos. **Proporcione el formulario 1040 más reciente del paciente (de la declaración de impuestos federales del paciente) o beneficios del Seguro Social (Ingreso de Seguro Social Suplementario [Supplemental Security Income, SSI]).**

Envíe por fax la solicitud completa y todos los documentos de respaldo a Atención al Cliente de Facturación de Boston Heart al 866.324.3929 o envíe por correo electrónico PASS@bostonheart.euofinsus.com.

Pasa uso interno solamente

Revisado por:	Monto adeudado:	Porcentaje aprobado:	Monto ajustado:	Motivo de denegación:
---------------	-----------------	----------------------	-----------------	-----------------------