



Para uso exclusivo de la oficina
Tipo de paciente _____
Cantidad de W/O \$ _____
Resultados de S/A: _____ h/h \$ _____
Centro _____
N.º de cuenta _____
N.º de registro médico _____

**I. Características demográficas del paciente**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 (apellido) (primer nombre) (segundo nombre)  
 \_\_\_\_\_  
 (N.º de Seguro Social) (Fecha de nacimiento)

Nombre del garante: \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre) (N.º de Seguro Social) (Fecha de nacimiento)

Dirección: \_\_\_\_\_  
 (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)  
 \_\_\_\_\_  
 (Teléfono)

¿Ha solicitado la Asistencia financiera con algún centro de Novant Health, Inc. (p. ej., Novant Medical Group, Presbyterian Hospital, Brunswick Community Hospital, Thomasville Medical Center, Forsyth Medical Center, etc.) anteriormente?  Sí  No.

Si lo ha solicitado, proporcione la fecha de la solicitud o aprobación. \_\_\_\_\_

**II. Información familiar**

Estado civil (encierre una opción con un círculo)	Casado	Soltero	Separado	Total de miembros en la familia
---	--------	---------	----------	---------------------------------

Nombre del dependiente	Fecha de nacimiento del dependiente

**III. Empleo/Ingresos**

Empleador del paciente/garante:	
Cantidad de ingreso bruto mensual \$	
Fuente de ingresos: <i>adjunte una verificación o explicación de la situación actual.</i>	
Fuente de ingresos del cónyuge o de otro tipo y cantidad de ingreso bruto mensual \$	
Ingreso familiar bruto anual total \$	
Si no tiene un ingreso, ¿cómo se mantiene usted?	
¿Posee una cuenta bancaria activa?	¿Declaró los impuestos del año anterior?

**IV. Verificación del seguro**

¿Su empleador ofrece un seguro médico?	Sí	NO
¿Posee algún seguro médico?	Sí	NO
Nombre de la compañía de seguro:		
¿Tiene empleo?	Sí	NO
Si quedó desempleado en los últimos 90 días, proporcione lo siguiente:		
Nombre de su último empleador y fechas de empleo:		
Nombre de la compañía aseguradora patrocinada por su empleador:		
¿Es usted elegible para los beneficios de COBRA?		

Certifico que la información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender. Comprendo que información fraudulenta o falsa me hará inelegible para cualquier asistencia financiera. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para verificar la información proporcionada y para la facturación y el cobro conforme a las leyes federales y estatales vigentes. Es posible que se solicite un comprobante de ingresos antes de realizar cualquier consideración. Los comprobantes de ingresos aceptables pueden ser, entre otros: copia de los talones de sueldo, copia de la declaración de impuestos del año anterior o una carta del empleador donde se indique el sueldo actual y las horas trabajadas.

Firma del paciente/garante:	Fecha:		
Porcentaje del nivel federal de pobreza:	Decisión basada en lo siguiente:		
Comentarios/Resumen:			
Firma del entrevistador	Fecha:		
Firma del gerente	Fecha:	Aprobado	Denegado
Firma del director	Fecha:	Aprobado	Denegado
Firma del vicepresidente ejecutivo/vicepresidente	Fecha:	Aprobado	Denegado

**Envíe la solicitud completada por correo postal a: Novant Health, ATTN: Financial Assistance, PO BOX 11549, Winston Salem, NC 27116**