

Compruebe  los pasos una vez completado el paso

Primer paso	<input type="checkbox"/> <b>Solicitud de ayuda financiera completada</b> Sólo se requiere 1 solicitud por hogar.  Hogar: familia directa (padres e hijos dependientes en el hogar o tal como figuran en la declaración de impuestos).			
Paso 2	<input type="checkbox"/> <b>Ha aportado pruebas de todas las fuentes de ingresos y recursos junto con la solicitud</b> (hogar definido anteriormente) <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Declaración de impuestos federales actual de cada adulto en el hogar.</b> Se requiere copia de la declaración de impuestos si tienen ingresos por trabajo por cuenta propia, ingresos por alquiler, ingresos por intereses o dividendos o ingresos procedentes de fideicomisos o anualidad.</li> <li>• <b>Comprobantes de pago de los últimos 3 a 6 meses</b> por cada persona que genera ingresos en el hogar si no se ha presentado declaración de impuestos del último año fiscal.</li> <li>• <b>Prueba de inscripción en programas como cupones de alimentos o asistencia temporal</b></li> <li>• <b>Prueba de ingresos del Seguro Social o del Seguro Social por Incapacidad (carta de concesión)</b></li> <li>• <b>Prueba de otras fuentes de ingresos</b>, como desempleo, carta de compensación laboral, fideicomiso o anualidad, ingresos por alquiler, inversiones o ingresos por dividendos o declaración de prestaciones de pensión, VA, etc.</li> </ul> <p><b><u>Si no tienen fuentes de ingresos, entonces deben mostrar:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Carta de apoyo:</b> declaración de la persona que le presta apoyo en la que se explica la ayuda económica que recibe.</li> <li>• <b>Verificación de no presentación del IRS</b></li> </ul> <input type="checkbox"/> <b>Prueba de recursos del hogar</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>3 meses de extractos de cada cuenta bancaria/financiera, incluyendo:</b> Cuenta corriente, cuenta de ahorro, débito recargable/prepago, certificados de depósito (CD), cuentas individuales de retiro (IRS), acciones, bonos, fondos de inversión, 401k</li> </ul> <input type="checkbox"/> <b>Ha solicitado Medicaid Oklahoma en los últimos 6 meses, prueba de la denegación</b>			
Paso 3	<input type="checkbox"/> <b>Ha firmado todos los formularios de la solicitud</b>			
Paso 4	<input type="checkbox"/> Para asegurar la revisión oportuna de la solicitud, debemos disponer de los documentos requeridos dentro de las 7 semanas después de solicitar la ayuda. El tiempo medio de tramitación es de 4 a 6 semanas.  <b>La solicitud no se tramitará hasta que tengamos todos los documentos requeridos.</b>			
Paso 5	<b>Tres formas de devolver documentos</b> <table border="1" data-bbox="253 1766 1536 1917"> <tr> <td data-bbox="253 1766 678 1917"> <b>Enviar por correo a:</b>  <b>Oficina comercial</b>            1620 E 12<sup>th</sup> St            Tulsa, OK 74120         </td> <td data-bbox="678 1766 1105 1917"> <b>Fax a:</b>             (918) 588-8881         </td> <td data-bbox="1105 1766 1536 1917"> <b>Entregar en:</b>            Parkside Hospital         </td> </tr> </table>	<b>Enviar por correo a:</b> <b>Oficina comercial</b> 1620 E 12 <sup>th</sup> St Tulsa, OK 74120	<b>Fax a:</b>  (918) 588-8881	<b>Entregar en:</b> Parkside Hospital
<b>Enviar por correo a:</b> <b>Oficina comercial</b> 1620 E 12 <sup>th</sup> St Tulsa, OK 74120	<b>Fax a:</b>  (918) 588-8881	<b>Entregar en:</b> Parkside Hospital		



# ACUERDO DE PLAN DE PAGO

Este documento sirve como acuerdo de plan de pago a plazos entre Parkside, Inc. y

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Número de cuenta del hospital:** \_\_\_\_\_  
para el cobro de los cargos derivados de los servicios prestados.

El paciente o representante legal entiende que este acuerdo se extiende como una cortesía y el incumplimiento de los pagos de acuerdo con las condiciones que se indican a continuación puede anular el presente acuerdo.

Este acuerdo no incluye ningún cargo por servicios prestados después de la fecha de este acuerdo y estos cargos deben mantenerse al día.

El acuerdo se refiere al saldo de la cuenta de \$ \_\_\_\_\_ por los servicios prestados

(Fechas de los servicios): \_\_\_\_\_

Este pago propuesto de \_\_\_\_\_ se debe en el \_\_\_\_\_ día de cada mes \$ \_\_\_\_\_ y continuando hasta que el saldo de \$ \_\_\_\_\_ se pague en su totalidad que no exceda \_\_\_\_\_ meses.

Se me han explicado los términos de este acuerdo y comprendo plenamente que los servicios pueden ser aplazados si no cumplo el acuerdo anterior.

Los términos anteriores se acuerdan en este

Día: \_\_\_\_\_ Por \_\_\_\_\_  
:

-----  
Firma del paciente o representante legal

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Número de cuenta del hospital:** \_\_\_\_\_

¿Desea utilizar su tarjeta de crédito para abonar el pago acordado de \$ \_\_\_\_\_ en el tercer día y/o el 16 de cada mes? Sí  No

Si es sí: Tarjeta: Master  VISA   
Card

No. de tarjeta - - - Fecha de caducidad / Código de seguridad:  
: \_\_\_\_\_

Nombre del titular: \_\_\_\_\_



## ACUERDO DE PLAN DE PAGO

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a Parkside, inc. a cargar en la tarjeta de crédito indicada arriba la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ en el \_\_\_\_\_ de cada mes.

\_\_\_\_\_  
Firma del titular de la tarjeta

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Cada mes se le enviará un recibo para confirmar que el pago mensual se ha cargado en la cuenta de su tarjeta de crédito.*



## SOLICITUD DE DETERMINACIÓN A LA ELEGIBILIDAD AL PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA: ESTADO FINANCIERO

Por la presente solicito que Parkside Psychiatric Hospital and Clinic evalúe la siguiente información financiera con respecto a mi posible elegibilidad para un Programa de Ayuda Financiera para servicios hospitalarios o clínicos (honorarios no profesionales) a través del hospital. Entiendo que la información que ofrezco sobre los ingresos anuales y el tamaño de mi hogar está sujeta a verificación por parte del hospital. También entiendo que si se determina que cualquier parte de la información que he proporcionado es falsa, seré responsable de todos los gastos médicos incurridos en este hospital.

### Información demográfica:

Nombre del paciente _____	No. de cuenta _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección _____	Ciudad _____	Estado _____
		Código postal _____
Número(s) de teléfono Móvil: _____	Trabajo: _____	SSN _____
		No. licencia de conducir _____

### Información sobre empleo

Ocupación: \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### Información sobre el tamaño de la familia

Número total en el hogar: \_\_\_\_\_ (Número de personas de las que es responsable económicamente)

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación

### Ingresos familiares mensuales

Salarios brutos del paciente	\$		Compensación del trabajador	\$	
Salarios brutos del cónyuge o pareja significativa	\$	_____	Nombre del abogado/aseguradora		_____
Asistencia al menor	\$	_____	Dirección		_____
	\$	_____	Teléfono		_____

Dividendos, intereses \$ \_\_\_\_\_ Tipo y cantidad(es) del Seguro Social  
 Pensión alimenticia \$ \_\_\_\_\_ (1) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 Otros: \$ \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

(especificar)

Deducciones de pago (adjunte el último recibo de pago o el último formulario de la declaración de los impuestos que no sean los impuestos): \$ \_\_\_\_\_

Comprobante de pago	Impuesto federal/estatal	Seguridad Social	Unión	Seguros	Pensión	Otros
Paciente						
Cónyuge						
Otros						

Efectivo y dinero en el banco, ahorros, etc. \$ \_\_\_\_\_ **Proporcionar copias de los extractos bancarios**

**Gastos mensuales**

Automóviles	Coche "A"	Coche "B"	Coche "C"
Pago mensual			

Alquiler/hipoteca	\$ _____	Servicios	\$ _____	Alimentación	\$ _____
Teléfono	\$ _____	Teléfono móvil	\$ _____	Cable	\$ _____
Gas	\$ _____	Seguros	\$ _____	Médicos	\$ _____

Costo mensual de la prescripción \$ \_\_\_\_\_

Hospital/médico/dentista \$ \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Tarjetas de crédito \$ \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Deudas a plazos \$ \_\_\_\_\_ Nombre del acreedor \_\_\_\_\_

Otras deudas \$ \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

**Afirmo que, a mi leal saber y entender, la información anterior es veraz y correcta.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Representante del hospital**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Sólo para uso hospitalario:**

**Determinación de la elegibilidad**

Ingresos mensuales totales \$ \_\_\_\_\_ Total de facturas mensuales (excluidos los gastos no esenciales) \$ \_\_\_\_\_

El solicitante cumple los requisitos  Sí  No

El solicitante deberá completar un acuerdo de pago a plazos  Sí  No

Saldo actual del solicitante \$ \_\_\_\_\_ El saldo actual es de  IP o  OP

Seguro del paciente

Cantidad descontada del solicitante \$ \_\_\_\_\_

Denegado/Explicar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Director de la Oficina Comercial

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
CFO (= a o superior a \$7,500)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Director general (= a \$10,000 o más)

\_\_\_\_\_  
Fecha