

Eligibility Active Dates:		Financial Scale:	
/	/	/	/
POI received:		/	/



Solicitud de asistencia financiera

Womankind se esfuerza por mantener la atención médica accesible para todos los pacientes. Como organización sin fines de lucro, los pacientes de Womankind se benefician de los costos reducidos de visitas y medicamentos. Sin embargo, entendemos que no todos pueden pagar estos costos y pueden necesitar más ayuda. Complete la solicitud a continuación para solicitar más descuentos en nuestro programa interno.

Nombre _____ DOB _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ correo electrónico: _____

Estado actual del trabajo (marque uno) Empleado de tiempo completo Empleado a tiempo parcial
 Trabajadores por cuenta propia Desempleados

Lugar de Empleo _____ Ocupación _____

Ingreso \$ _____ por (marque uno) Semana Quincena Mensual Anualmente

Enumere a todas las personas que viven en su hogar con usted y que estén relacionadas por sangre o matrimonio:

Nombre	Parentesco	Edad	Ingreso mensual \$

1. ¿Está solicitando asistencia financiera porque Womankind no acepta actualmente su seguro médico actual?

Si No

Nombre del seguro _____

1. _____ Entiendo que al solicitar asistencia financiera, Womankind requiere prueba de ingresos. Las formas aceptables de prueba de ingresos se enumeran a continuación:

- a. Recibo de pago reciente
- b. W2 o 1099 del año pasado
- c. Declaración de impuestos reciente
- d. Extracto de cuenta
- e. Carta del empleador (Womankind tiene plantillas en blanco si las necesita)

Por favor complete el otro lado

2. _____ Entiendo que tengo 45 días a partir de la fecha de hoy para proporcionar a Womankind un comprobante de ingresos. Sin prueba de ingresos, Womankind me dará un descuento único del 25% en el costo de mi visita. Después de mi única visita con descuento, si no llevo comprobante de ingresos, se espera que pague el 100% de los costos de mi visita.
3. _____ Entiendo que si no proporciono prueba de ingresos en ese período de tiempo, perderé mi descuento y se me cobrará el saldo de mi cuenta.

Nuestro Plan Bridging the Gap & Panacea es un programa financiado internamente diseñado para ayudar a reducir los costos para aquellos que no están cubiertos por otras fuentes de financiamiento externas. Si tiene circunstancias atenuantes que afecten su capacidad de pago, marque la casilla y nuestro evaluador financiero tendrá una conversación privada con usted sobre su situación.

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si la información resulta ser falsa, seré responsable del pago total de los cargos incurridos. Soy consciente de que se espera el pago en el momento del servicio.

X

Firma del Solicitante

Fecha

A continuación solo para el personal

Income Information – To be Completed by Womankind Staff Only	
Patient Income	
Family Income <i>(Related by blood or marriage)</i>	
Total Household Income	

- Proof of Income Received & Scanned (If no POI received, make an action for Biller and give this form to them after scanning)
- Sliding Sale % _____
- Billing Alert Made

Eligibility Staff Signature

Date