

Instrucciones para la solicitud del Programa de asistencia financiera Financial Assistance Program Application Instructions

Cuenta del aval: _____

Fecha: _____

Estimado aval:

Adjunto encontrará una solicitud para el Programa de asistencia financiera ofrecido por Renown Health. Este programa es para personas que consideran que podrían necesitar asistencia para cumplir su obligación financiera para servicios médicos.

Requisitos:

El propósito del Programa de asistencia financiera es brindar asistencia a los avales que no califican para asistencia Federal, Estatal o del Condado y que no tienen medios razonables para pagar su responsabilidad. Si no ha realizado una solicitud directamente a estas agencias, puede contactar a un especialista de asistencia financiera para avales para recibir apoyo en su solicitud llamando al 775-982-4110.

- ✓ Todos los elementos de la solicitud deben completarse en su totalidad.
- ✓ Se requiere un copago de \$ _____ por determinar con base en la preevaluación al momento en que envíe su solicitud. El pago se aplicará a cualquier saldo pendiente sin importar la aprobación de la solicitud.
- ✓ Prueba de ingreso y gastos (anexar copias):
 - Formularios de **impuestos presentados del año anterior** (Formularios 1040 y programas correspondientes)
 - Últimos 4 meses de talones de pago u otra **fuerza de ingresos** (seguridad social, desempleo, pensión alimenticia, pensión conyugal, etc.)
 - Últimos 4 meses de **estados de cuenta bancarios** (incluir cuentas asociadas, todas las páginas)
 - Últimos 4 meses de recibos de **hipoteca o renta**
 - Últimos 4 meses de estados de cuenta de cualquier **otra cuenta de activos** (es decir, fondos para la jubilación [401k, 403b, 503b, IRA, etc.] pólizas de seguro, inversiones, distribución de seguros de vida, fondos de acuerdos legales, etc.)
- ✓ Debe tener prueba de la solicitud y denegación de asistencia a través de los servicios sociales de su condado y los programas de asistencia social del estado.
- ✓ Se procesará un informe de Trans Union Credit para verificar toda la información que se presentó en la solicitud de fondos de asistencia financiera.

Después de que se ha enviado toda la documentación de soporte, se le notificará por escrito o por teléfono la determinación final de su elegibilidad. Infórmenos si cambia su dirección o número de teléfono.

Si tiene preguntas respecto del Programa de asistencia financiera, contacte a un Especialista de asistencia financiera en Renown Health llamando al 775-982-5747.

Renown Health
850 Harvard Way T-6
Attn: Medical Financial Hardship
Reno NV 89502

