

# Resumen de Asistencia Financiera

(Financial Assistance Summary)

Wake Forest Baptist Health reconoce la carga financiera que las facturas médicas pueden ocasionar por los servicios médicos necesarios. Wake Forest Baptist Health provee asistencia financiera a los pacientes que viven dentro del área de servicio de Wake Forest Baptist Health. La determinación de la asistencia financiera se basa en el tamaño del hogar, los ingresos y bienes del paciente o de la persona legalmente responsable.

## ► **¿Quién cualifica para un descuento?**

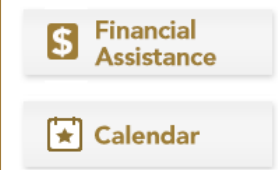
Cualquier paciente u otra persona que sea legalmente responsable por los gastos médicos del paciente, que resida en el área de servicio de los 19 condados, independientemente de edad, sexo y nacionalidad.

## ► **¿Qué servicios están cubiertos?**

Cualquier cuidado hospitalario, ambulatorio o de emergencia ordenada y proporcionada por el médico.

## ► **¿Cómo solicito asistencia financiera?**




Se puede obtener información de Asistencia Financiera o una solicitud sin cargo alguno al ponerse en contacto con Servicio al Cliente al 336-713-4955, al visitar la Cashier's Office (Oficina del Cajero) en nuestros campus del hospital (Winston-Salem, Lexington o Davie), al visitar [wakehealth.edu/Insurance-and-Billing/Financial-Assistance-Policy.htm](http://wakehealth.edu/Insurance-and-Billing/Financial-Assistance-Policy.htm), o al visitar cualquiera de nuestras áreas de registro dentro de la clínica u oficina de admisión. Las solicitudes de Asistencia Financiera están disponibles en inglés y en español.



**Financial Assistance**

**Calendar**

Connect With Us

Busque este enlace en nuestra página web, [WakeHealth.edu](http://WakeHealth.edu).

## ► **¿Qué información tengo que proporcionar?**

Se debe completar la solicitud financiera. Además de haber completado la solicitud financiera, debe proveer comprobante de ingresos y comprobante de domicilio.

## ► **Usted puede ser elegible para un descuento:**

Una vez que se haya completado la solicitud y se haya proporcionado documentación de ingresos y comprobante de residencia. Un representante de Wake Forest Baptist Health procesará su información para determinar un descuento.

## ► **¿Alguien me puede ayudar a solicitar asistencia financiera y a explicarme el programa de asistencia financiera?**

Sí, se proporciona asistencia al contactar a Servicio al Cliente al 336-713-4955, al visitar la Oficina del Cashier's Office [Oficina del Cajero] en nuestros campus del hospital (Winston-Salem, Lexington o Davie) o al hablar con un Asesor Financiero al 336-716-0681.

**Lexington Medical Center**

**SOLO PARA USO INTERNO**

Today's Date: \_\_\_\_\_ Date Referred: \_\_\_\_\_  
Referred By: \_\_\_\_\_ Ins: \_\_\_\_\_  
CPI # and Visit #(s): \_\_\_\_\_ MRN #: \_\_\_\_\_  
Admit/Discharge Date(s): \_\_\_\_\_  
Diagnosis: \_\_\_\_\_  
Procedure: \_\_\_\_\_  
Est. Charges: \_\_\_\_\_ Est. Pt. Bal.: \_\_\_\_\_ Est. LOD: \_\_\_\_\_

**Patient Information**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ FN: \_\_\_\_\_  
Condado de Residencia: \_\_\_\_\_ ¿Es ciudadano de EEUU? \_\_\_\_\_  
Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Dir. física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Casa # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_ Cel # \_\_\_\_\_  
¿Es el paciente ciudadano Americano? \_\_\_\_Si \_\_\_\_No      ¿Si no, es residente legal el paciente? \_\_\_\_Si \_\_\_\_No

**Miembros de Familia Inmediata que Viven en Casa (Menores de 18 años o estudiantes a tiempo completo)**

Parentesco: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ FN: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ FN: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ FN: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ FN: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ FN: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ FN: \_\_\_\_\_

**Información de Empleo de Paciente / Padres / Encargado Legal**

Empleador: \_\_\_\_\_ Empleado: \_\_\_\_\_  
Paga por Hora: \_\_\_\_\_ Frecuencia de Pago: Semanal, Bi-Mensual, Mensual \_\_\_\_\_  
Fecha último día que trabajó: \_\_\_\_\_  
(Si actualmente desempleado)

**Información de Empleo de Paciente / Padres / Encargado Legal**

Empleador: \_\_\_\_\_ Empleado: \_\_\_\_\_

Paga por Hora: \_\_\_\_\_ Frecuencia de Pago: Semanal, Bi-Mensual, Mensual \_\_\_\_\_

Fecha último día que trabajó: \_\_\_\_\_  
(Si actualmente desempleado)

**Bienes Raíces:**

Residencia Principal: \_\_\_\_\_ Dueño (S/N) \_\_\_\_\_ Renta (S/N) \_\_\_\_\_ Hipoteca (S/N) \_\_\_\_\_

Estado / Condado: \_\_\_\_\_ Valor Contributivo: \_\_\_\_\_

Otra Propiedad: \_\_\_\_\_ Dueño (S/N) \_\_\_\_\_ Renta (S/N) \_\_\_\_\_ Hipoteca (S/N) \_\_\_\_\_

Estado / Condado: \_\_\_\_\_ Valor Contributivo: \_\_\_\_\_

Saldo a deber de la residencia (S/N): \_\_\_\_\_ Saldo: \_\_\_\_\_

**Retiro de Seguro Social / Discapacidad / Ingreso de Superviviente / SSI / Veterano / Manutención de Niño /  
Work First Family / Desempleo**

**Fondo Fiduciario Accesible Actua**

Tipo: \_\_\_\_\_ Cant. Mensual: \_\_\_\_\_ Recipiente: \_\_\_\_\_ Fecha que Comenzó: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, certifico que la información previa es una declaración precisa y completa de mi posición económica actual y doy permiso para verificar esta información. WFBH se reserva el derecho a revertir un descuento previamente registrado si se determina que había recursos de pago disponibles de una tercera parte, o que la información provista es falsa.

**Firmado por:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Parentesco con Paciente:** \_\_\_\_\_