

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?**

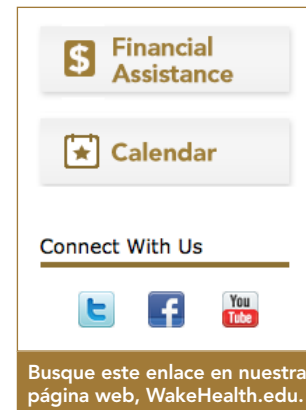
Cualquier paciente u otra persona que sea legalmente responsable por los gastos médicos del paciente, que resida en el área de servicio de los 19 condados, independientemente de edad, sexo y nacionalidad.

► **¿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, 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

Calendario

Connect With Us

Busque este enlace en nuestra página web, 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: _____