BLUE STAR IMAGING

FINANCIAL ASSISTANCE | APPLICATION

Nombre del paciente: (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre) Numero de Seguro Social# PID#

Direción del paciente Ciudad/Estado Código postal

____/____/____ Fecha de nacimiento (Mes/Día/Ano)

____-____-____ Número de teléfono

Estado Civil:

☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Viudo/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a

Si está casado, nombre del cónyuge _____

Información del empleador::

Paciente empleado/a? ☐ Si ☐ No

Empleador del paciente: _____

¿Cónyuge empleado? ☐ Si ☐ No

Empleador del cónyuge: _____

Ingresos: Por favor proporcione el ingreso para cada una de la persona(s) siguiente en su hogar:

Paciente: ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial -Total de horas/semana= _____ $ _____ ☐ Hora ☐ Semana ☐ Quincena ☐ Mes ☐ Ano ☐ N/A

Cónyuge: ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial -Total de horas/semana= _____ $ _____ ☐ Hora ☐ Semana ☐ Quincena ☐ Mes ☐ Ano ☐ N/A

Complete solo si el paciente es un menor de edad (18 años y menos)

Madre del paciente o tutor legal:

☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial -Total de horas/semana=_____ $ _____ ☐ Hora ☐ Semana ☐ Quincena ☐ Mes ☐ Ano ☐ N/A

Padredel paciente o tutor legal:

☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial -Total de horas/semana=_____ $ _____ ☐ Hora ☐ Semana ☐ Quincena ☐ Mes ☐ Ano ☐ N/A

Ingreso Total Anual del Hogar: $ _____ **Total De Cuentas Medicas Pendientes:** $ _____

Copias de las facturas medicas requieren un plazo de 2 semanas

Verificación de ingresos: La documentación aceptable se indica a continuación. Por favor, envié copias requeridas dentro de 2 semanas.

☐ Envió de cheque de pago ☐ Verificación del empleador ☐ Formularios W-2 del IRS

☐ Estados de cuentas bancarias ☐ Ayuda gubernamental(cupones de alimentos, CDIC, Medicaid, TANF)

☐ Declaración de impuestos ☐ **Ninguna (Formulario Certificado Escrito necesario**

☐ **Otro** _____ ☐ Cartas del Seguro Social, Indemnización de trabajadores o Determinación de indemnización por desempleo

Familiares: Proporcione la cantidad total de personas en la casa del paciente: _____

Nota: Este número solo debe incluir el paciente, el cónyuge del paciente y a los dependientes del paciente. Si el paciente es un menor de edad, incluir el paciente, los padres y los dependientes de los padres (si los hay).

Comprendo que Blue Star puede verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de ayuda financiera ("Solicitud") con relación a la evaluación de Blue Star de esta Solicitud y, mediante mi firma, por la presente autorizo a mi empleador o a cualquier persona indicada en esta Solicitud a certificar o proporcionar detalles adicionales con respecto a la información proporcionada en esta Solicitud. Además, autorizo a Blue Star a solicitar informes de agencias de información de crédito y de la Administración de Seguro Social. Certifico que las declaraciones realizadas en esta Solicitud son verdaderas y correctas, a mi leal saber y entender, y están hechas de buena fe. Soy consciente de que la falsificación o tergiversación de la información en esta Solicitud puede tener como resultado el rechazo del ayuda financiero. También comprendo que algunos médicos y proveedores pueden no ser empleados de Blue Star. Comprendo que puedo recibir facturas por separado de esos proveedores y esta solicitud de ayuda financiera no se aplicará a dichos saldos adeudados.

Firma del paciente o de la parte responsable **Nombre en letra de imprenta** **Fecha**

For Internal Use Only: Application information obtained by Blue Star Imaging Employee in person or over the phone, no patient signature required.

Blue Star Employee Name Printed **Date**

Notes Re: Income/Household Size: _____

Patient is verified Community Care Program? ☐ Yes ☐ No Program Name: _____

Resumen de ayuda financiera

BLUE STAR IMAGING

REQUISITOS DE ELEGILIDAD:

Todos los pacientes son elegibles para solicitar ayuda financiera, incluidos aquellos con seguro. Las pautas de descuentos establecidos se utilizan para determinar que monto, si hubiera, calificaría para obtener la ayuda financiera.

Generalmente,

los pacientes con un ingreso familiar igual o inferior al 200% de las Pautas federales de pobreza (FPG, por sus siglas en ingles) recibiran un descuento del 100%. Los pacientes con un ingreso familiar que varia de mas del 200% hasta el 500% de las FPG, con facturas medicas que superan el 5% de su ingreso anual son elegibles para recibir un descuento del 95%.

Cuando las circunstancias de un paciente no satisfacen los requisitos conforme a las pautas de descuentos establecidos, un paciente aun puede obtener ayuda nanciera. En estas situaciones, los representantes de Blue Star revisaran toda la informacion disponible y tomaran una determinacion sobre la elegibilidad del paciente para recibir ayuda nanciera.

La situacion del paciente se evaluara de acuerdo con las circunstancias pertinentes, como ingresos, activos u otros recursos disponibles para el paciente o la familia del paciente y el saldo pendiente.

Como solicitar ayuda financiera:

Se pueden obtener copias gratuitas de la FAP y la solicitud de FAP mediante cualquiera de las siguientes fuentes:

PHONE: 972.497.4100

MAIL:
BLUE STAR IMAGING
3800 GAYLORD PKWY | STE 150
FRISCO, TEXAS 75034

IN PERSON

ONLINE:
WWW.BLUESTARIMAGING.COM

Ademas, Blue Star puede iniciar una solicitud de ayuda en nombre del paciente. No existe garantia de que el paciente calique para recibir ayuda nanciera. Versiones en ingles, espanol y en otros idiomas determinados de este comunicado, la FAPy la solicitud de la FAP estan disponibles a pedido de los interesados.

Cargos por atención de emergencia o médicamente necesaria:

Ningún paciente que califique para Asistencia Financiera será cobrado con un monto mayor por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que los montos generalmente facturados a los pacientes con seguro.