



Estimado paciente,

Adjunta encontrará la Solicitud del Programa de asistencia financiera de Oklahoma Center for Orthopaedic & Multi-Specialty Surgery (“OCOM”). Completar el formulario nos permitirá considerar la necesidad de asistencia financiera para sus facturas médicas. Las solicitudes deben presentarse nuevamente cada seis meses y deben incluir el ingreso total del hogar y el número total de personas que residen en el hogar.

Para proteger su derecho a la privacidad, todos los documentos recibidos se tratarán como información confidencial y, excepto con fines de verificación, NO se compartirán con nadie fuera de Oklahoma Center for Orthopaedic & Multi-Specialty Surgery.

Complete todos los puntos del formulario. Si necesita espacio adicional para cualquier explicación, utilice el reverso de la solicitud. Es posible que se pida un informe de crédito para verificar la información proporcionada. **No se aceptarán documentos fotografiados.** Toda la documentación proporcionada pasará a ser propiedad de OCOM y no se le podrá devolver.

Copias de todos los puntos enumerados a continuación que son aplicables a usted deben proporcionarse para que se pueda tomar una determinación de asistencia. No se aceptan impuestos preparados por usted mismo.

1. Copia completa de la transcripción fiscal del año anterior. *(No incluye los formularios W-2 ni los recibos de sueldo)*
 - (Llame al 1-800-908-9946 para obtener su transcripción oficial del IRS).
2. Copia completa de la transcripción de impuestos del año anterior, la declaración del seguro social (SSA-1099) y la carta de concesión del seguro social.. (Incluya pruebas de los ingresos del cónyuge, si corresponde).
3. Declaración de discapacidad del médico que incluya una discapacidad permanente con documentación.
4. Trabajadores por cuenta propia: Copia de la declaración de impuestos federal sobre la renta personal más reciente y una declaración de pérdidas y ganancias actual, incluidos todos los anexos que correspondan.
5. No declarantes: Proporcione la carta de verificación de no declarante del IRS.
6. Cualquier otra documentación, según se solicite, para procesar su solicitud.

Es importante que complete esta solicitud una vez recibida y la devuelva en un plazo de 15 días. La solicitud será revisada dentro de los 30 días posteriores a la recepción y se le notificará por carta de una decisión tomada dentro de 60 días.

Si tiene alguna dificultad para completar esta solicitud o tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra oficina al (405) 602-6500. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. o puede enviarse a la Oficina Administrativa de OCOM ubicada en 8100 S Walker Ave Bldg. C, Oklahoma City, OK 73139. Agradecemos su colaboración.

Atentamente,



Establecimiento: _____
N.º de cuenta: _____
N.º de garante: _____

Solicitud de asistencia financiera

Nombre del paciente Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ N.º de seguro social: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del garante/cónyuge _____ N.º de teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de seguro social: _____

Casado(a) _____ Soltero(a) _____ Divorciado(a) _____ Viudo(a) _____

¿Tiene hijos menores de edad (menores de 18 años)? Sí _____ No _____
¿Viven con usted? Sí _____ No _____
¿Son sus hijos biológicos/legalmente adoptados? Sí _____ No _____

Nombre del empleador

N.º de teléfono _____
Dirección _____
Ocupación _____

Nombre del empleador del cónyuge

N.º de teléfono _____
Dirección _____
Ocupación _____

Ingreso

(Cantidad mensual)

Bruto

Neto

Miembros de la familia

Paciente	\$ _____	\$ _____	Hijo	Edad
Cónyuge	\$ _____	\$ _____	Hijo	Edad
Dependientes	\$ _____	\$ _____	Hijo	Edad
Asistencia pública	\$ _____	\$ _____	Hijo	Edad
Seguro social	\$ _____	\$ _____	Hijo	Edad
Desempleo	\$ _____	\$ _____	Hijo	Edad
TOTAL	\$ _____	\$ _____		

Proporcione cualquier otra información que considere que sería de utilidad para determinar su elegibilidad a fin de recibir asistencia para pagar de sus facturas de hospital.

Entiendo que OCOM puede verificar la información financiera contenida en esta solicitud en relación con la evaluación de esta solicitud, y por la presente autorizo a mi empleador para certificar la información proporcionada y solicitarla a las agencias de informes crediticios. Soy consciente de que esta información se utilizará para determinar mi elegibilidad para asistencia financiera y falsificaciones. La información en esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender. **Esta solicitud debe completarse para determinar la elegibilidad. Las solicitudes incompletas pueden retrasarse o rechazarse.** Además, entiendo que cualquier reembolso de gastos médicos que reciba en relación con esta hospitalización debe enviarse a OCOM.

Firma de la persona solicitante

Fecha

Firma de la persona solicitante, si no es el paciente

Relación

Revisado el 10.01.2023