

## Solicitud de asistencia financiera de Mass General Brigham

Imprima y complete todas las secciones de la solicitud que se apliquen a usted. **Esta solicitud no se puede completar electrónicamente.** Lea todas las instrucciones antes de completar la solicitud.

Esta solicitud se usa para evaluar su elegibilidad para recibir asistencia financiera en las facturas médicas de los proveedores de Mass General Brigham. Puede usar esta solicitud para solicitar ayuda con las facturas de atención médica de cualquiera de las siguientes entidades de Mass General Brigham:

|                                       |                                               |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Massachusetts General Hospital        | Massachusetts General Physicians Organization |
| Brigham and Women's Hospital          | Brigham and Women's Physicians Organization   |
| Salem Hospital                        | North Shore Physicians Group                  |
| Newton-Wellesley Hospital             | Newton-Wellesley Medical Group                |
| Brigham and Women's Faulkner Hospital | Martha's Vineyard Hospital                    |
| Mass Eye and Ear                      | Mass Eye and Ear Associates                   |
| Nantucket Cottage Hospital            | Nantucket Cottage Medical Group               |
| Cooley-Dickinson Hospital             | Cooley-Dickinson Medical Group                |
| Spaulding Rehabilitation              | McLean Hospital                               |
| Wentworth-Douglass Hospital           | Wentworth Health Associates                   |

La asistencia financiera de Mass General Brigham no se considera un sustituto de la inscripción en ningún programa de seguro de salud o plan de asistencia disponible. Si bien el programa cubre todos los servicios médicamente necesarios, los descuentos varían según el tipo de servicios prestados y el lugar donde se brindó la atención. Consulte la política completa en nuestro sitio web para obtener detalles sobre lo que está cubierto. Esta es una lista parcial de los servicios que normalmente se excluyen.

- Denegaciones fuera de la red
- Cirugía cosmética
- Servicios de infertilidad (Tecnología de reproducción asistida y fertilización in vitro)
- La mayoría de la atención que no es médicamente necesaria, incluidos los servicios de bypass gástrico
- Artículos de conveniencia para el paciente que incluyen adaptaciones premium
- Servicios designados como "Solo pago por cuenta propia"

**No solicitar un programa de asistencia del gobierno para el que potencialmente califica, podría dar como resultado un retraso o la denegación de su solicitud.** Si necesita ayuda para solicitar programas de asistencia del gobierno, uno de nuestros asesores financieros de Mass General Brigham puede ayudarle.

Debe divulgar completamente cualquier otra cobertura, reclamo de responsabilidad de terceros, cobertura de vehículo motorizado o cobertura de indemnización por accidente de trabajo para ser considerado.

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, comuníquese con [Servicios Financieros para Pacientes](#) de su hospital o llame al (617) 726-3884.

## Solicitud de asistencia financiera de Mass General Brigham

### Lista de verificación de la solicitud

- ☐ Complete todas las secciones correspondientes de la solicitud; una sección indicará si puede dejarse en blanco.
- ☐ Incluya una copia de su licencia de conducir, otra identificación con fotografía o documentos que verifiquen su residencia actual. Todo lo presentado debe incluir su nombre (Sección 1).
- ☐ Incluya alguna forma de verificación de ingresos (Sección 3 y Sección 4).
  - Incluya una copia de su IRS 1040 o 1040A más reciente.
  - Si ha habido un cambio reciente en sus ingresos, incluya documentación como talones de cheques recientes (mínimo 4), declaraciones de desempleo, estados de cuenta bancarios/declaraciones de inversión y/o declaraciones del seguro social.
- ☐ Si su familia supera el 300% del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) actual de los Estados Unidos, también debe completar la Sección 5. Usted supera el 300% del FPL si sus ingresos superan los siguientes límites:
  - Mire el año actual o el tamaño de familia adicional del Nivel Federal de Pobreza en el siguiente sitio web; <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- ☐ Los activos pueden usarse para determinar su potencial para pagar sus facturas médicas. Deberá proporcionar información sobre sus activos si alguno de lo siguiente se aplica a usted (Sección 6):
  - Su residencia permanente se encuentra fuera de los Estados Unidos
  - Solicita un descuento por un servicio que generalmente no es elegible (por ejemplo, atención que no es de emergencia, copagos, coseguro y deducibles)
  - Solicita un descuento en McLean Hospital, Mass General Brigham HealthCare at Home o en un centro de Spaulding Network.
- ☐ Devuelva las solicitudes completadas directamente a uno de los [asesores financieros para pacientes de MGB](#) O envíelas por correo postal a:

Mass General Brigham  
Patient Billing Solutions  
399 Revolution Drive, Suite 410  
Somerville, MA 02145-1462

**Para garantizar una rápida revisión de su solicitud, complete todas las secciones a menos que se indique lo contrario. Se retrasará el procesamiento de la solicitud si usted no incluye la información o documentación requerida.**

**Solicitud de asistencia financiera de Mass General Brigham****1. Información básica**

Complete esta sección con respecto al solicitante. El solicitante es el paciente o la persona económicamente responsable del paciente.

**Documentación requerida:** Incluya la documentación que verifique la residencia: licencia de conducir, otra identificación con fotografía o documentos que demuestren su residencia actual. Todo lo presentado debe incluir su nombre.

| Apellido                                                                                  | Primer nombre                                                                              | Inicial del segundo nombre |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                           |                                                                                            |                            |
| <b>Fecha de nacimiento</b>                                                                | <b>Sexo</b><br>Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>        |                            |
| <b>Números de teléfono</b><br>Casa: (    )<br>Trabajo: (    )<br>Celular: (    )          | <b>Dirección postal</b> (incluya ciudad, estado y código postal)                           |                            |
| <b>Nombre del paciente</b> <i>(si es diferente al del solicitante)</i>                    | <b>Fechas de servicio del paciente</b> (incluya el lugar donde se brindaron los servicios) |                            |
| <b>Fecha de nacimiento del paciente</b> <i>(si es diferente a la del solicitante)</i>     |                                                                                            |                            |
| <b>Número de registro médico (MRN) y número de cuenta</b> (estado de cuenta) del paciente |                                                                                            |                            |

**2. Información de la familia**

## Solicitud de asistencia financiera de Mass General Brigham

Si corresponde, enumere el cónyuge y los hijos menores de 19 años del solicitante que viven con el solicitante. Esta sección puede dejarse en blanco si el solicitante no vive con su cónyuge o hijos.

| Nombre del miembro de la familia | Parentesco | Fecha de nacimiento |
|----------------------------------|------------|---------------------|
|                                  |            |                     |
|                                  |            |                     |
|                                  |            |                     |
|                                  |            |                     |
|                                  |            |                     |

### 3. Ingresos percibidos

Complete esta sección con respecto a los ingresos percibidos del solicitante y cada miembro del hogar enumerado en la Sección 2 que trabaja. **Enumere los ingresos brutos, que son los ingresos antes de impuestos y deducciones.** Esta sección puede dejarse en blanco si el solicitante y los miembros de su hogar no tienen ingresos percibidos.

**Documentación requerida:** Incluya la documentación que verifique estos ingresos: talones de pago, impuestos sobre la renta, declaraciones W2, estados de cuenta bancarios u otro comprobante.

| Nombre del miembro de la familia que trabaja | Nombre y dirección del empleador | Monto bruto percibido | Frecuencia<br><i>marque uno</i>                                                                        | Solo para uso del centro |
|----------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
|                                              |                                  |                       | <input type="checkbox"/> Semanal<br><input type="checkbox"/> Mensual<br><input type="checkbox"/> Anual |                          |
|                                              |                                  |                       | <input type="checkbox"/> Semanal<br><input type="checkbox"/> Mensual<br><input type="checkbox"/> Anual |                          |
|                                              |                                  |                       | <input type="checkbox"/> Semanal<br><input type="checkbox"/> Mensual<br><input type="checkbox"/> Anual |                          |
|                                              |                                  |                       | <input type="checkbox"/> Semanal<br><input type="checkbox"/> Mensual<br><input type="checkbox"/> Anual |                          |

## Solicitud de asistencia financiera de Mass General Brigham

### 4. Otros ingresos

Complete esta sección con respecto a otros ingresos del solicitante y cada miembro del hogar enumerado en la Sección 2 que recibe otros ingresos. Otros ingresos son el dinero que recibe que no proviene de un empleador.

**Enumere los ingresos brutos, que son los ingresos antes de impuestos y deducciones.** Esta sección puede dejarse en blanco si el solicitante y los miembros de su hogar no tienen otros ingresos.

**Documentación requerida:** Incluya la documentación que verifique estos ingresos: talones de pago, impuestos sobre la renta, declaraciones W2, estados de cuenta bancarios u otro comprobante.

| Tipo de ingresos                               | Miembro(s) de la familia que recibe(n) ingresos | Monto bruto recibido | Frecuencia<br><i>encierre uno en un círculo</i> | Solo para uso del centro |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------|
| Desempleo                                      |                                                 |                      | Semanal, Mensual, Anual                         |                          |
| Seguro Social                                  |                                                 |                      | Semanal, Mensual, Anual                         |                          |
| Beneficios para veteranos                      |                                                 |                      | Semanal, Mensual, Anual                         |                          |
| Anualidades y pensiones                        |                                                 |                      | Semanal, Mensual, Anual                         |                          |
| Manutención de los hijos y pensión alimenticia |                                                 |                      | Semanal, Mensual, Anual                         |                          |
| Ingresos por alquiler                          |                                                 |                      | Semanal, Mensual, Anual                         |                          |
| Indemnización por accidente de trabajo         |                                                 |                      | Semanal, Mensual, Anual                         |                          |
| Ingresos por dividendos e intereses            |                                                 |                      | Semanal, Mensual, Anual                         |                          |
| Otro                                           |                                                 |                      | Semanal, Mensual, Anual                         |                          |

### 5. Otros gastos de atención médica

Es posible que esta sección no se aplique a usted. Complete esta sección solo si los ingresos de su familia superan el 300% del Nivel Federal de Pobreza (como se describe en la página 2).

Si usted supera el 300% del Nivel Federal de Pobreza, debe enumerar los gastos de atención médica de los lugares que no figuran en la página 1 (es decir, los centros que no pertenecen a Mass General Brigham HealthCare). Esta sección puede dejarse en blanco si los ingresos de su familia no superan el 300% o si no tiene gastos de atención médica de centros que no pertenecen a MGB HealthCare. Se puede requerir documentación, pero no es necesaria en este momento.

**Solicitud de asistencia financiera de Mass General Brigham**

| Gastos médicos       | Monto total | Frecuencia              | Solo para uso del centro<br><i>Costo total</i> |
|----------------------|-------------|-------------------------|------------------------------------------------|
| Facturas médicas     |             | Semanal, Mensual, Anual |                                                |
| Facturas de farmacia |             | Semanal, Mensual, Anual |                                                |

**6. Información de activos**

Es posible que esta sección no se aplique a usted. Complete esta sección solo SI:

- Su residencia permanente se encuentra fuera de los Estados Unidos ☐
- Solicita un descuento por atención que no es de emergencia, copagos, coseguro o deducibles. Los pacientes que solicitan asistencia financiera para atención que no es de emergencia brindada en una entidad de Spaulding Network o en McLean Hospital no necesitan proporcionar información de activos.

Esta sección puede dejarse en blanco si no se encuentra en ninguna de las categorías enumeradas anteriormente.

**Documentación requerida:** Incluya la documentación que verifique estos ingresos: estados de cuenta bancarios u otro comprobante.

**No es necesario que incluya su residencia principal (el lugar donde vive)**

| Activos                            | Propietario(s) | Nombre del banco o empresa | Valor en efectivo |
|------------------------------------|----------------|----------------------------|-------------------|
| Cuentas de ahorro                  |                |                            |                   |
| Cuentas corrientes                 |                |                            |                   |
| Cuentas de cooperativas de crédito |                |                            |                   |
| Fondos fiduciarios                 |                |                            |                   |
| Acciones/Bonos                     |                |                            |                   |
| Cuentas del mercado monetario      |                |                            |                   |
| Fondos mutuos                      |                |                            |                   |
| Propiedad comercial o de inversión |                |                            |                   |
| Otro                               |                |                            |                   |

**Solicitud de asistencia financiera de Mass General Brigham****7. Autorización**

**Lea atentamente esta sección y firme en la parte inferior.**

Toda la información contenida en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender. Acepto proporcionar documentación adicional a petición. **Entiendo que esta información confidencial no se puede divulgar a ninguna parte fuera de Mass General Brigham sin mi aprobación previa.**

---

Firma del solicitante

---

Fecha

*Si firma en nombre del solicitante: Toda la información contenida en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender.*

---

Firma del representante autorizado

---

Fecha

---

Nombre del representante autorizado

---

Relación con el solicitante

---

Número de teléfono de contacto

**Antes de presentarla, asegúrese de haber completado todas las secciones correspondientes de esta solicitud y de haber incluido todos los documentos requeridos. No se aprobarán las solicitudes incompletas.**