



Aloha,

De acuerdo con nuestra misión y valores, REHAB Hospital of the Pacific ("REHAB") se compromete a brindar asistencia financiera a los pacientes que necesitan servicios de atención médica de rehabilitación médicamente necesarios y no pueden pagar en función de su situación financiera individual. Nuestro programa de asistencia financiera permite que los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que cumplan con los requisitos de elegibilidad reciban apoyo financiero para ayudar a pagar la atención médica necesaria.

El programa de asistencia financiera de REHAB se aplica solo a los servicios elegibles como se describe en nuestra Política de Asistencia Financiera (FAP). Los servicios proporcionados por proveedores que no pertenecen a REHAB en ubicaciones de REHAB no son elegibles según nuestra FAP y se pueden facturar a los pacientes por separado.

Para ser elegible, debe ser ciudadano de los Estados Unidos o extranjero legal que resida permanentemente en Hawaii. Se revisarán los bienes y los ingresos de su familia para ver si cumplen con las pautas de la política para otorgar asistencia financiera. Si lo hacen, se descontarán sus facturas de REHAB. La cantidad real del descuento depende de los ingresos de su familia.

Para presentar una solicitud, complete en su totalidad esta Solicitud de Asistencia Financiera. Debe adjuntar documentación reciente con su solicitud para respaldar sus respuestas. La Lista de Verificación de Documentación para la Asistencia Financiera (adjunto) detalla la información solicitada..

La información que comparta con nosotros se utilizará únicamente para los fines de esta solicitud. Será tratada como información confidencial.

Por favor, envíe su solicitud completa y copias de la documentación de respaldo al departamento de Servicios Financieros para Pacientes ubicado en el primer piso del Hospital REHAB o envíela por correo a:

The Rehabilitation Hospital of the Pacific  
ATTN: Patient Financial Services  
226 North Kuakini Street  
Honolulu, HI 96817

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios financieros para pacientes de REHAB al (808) 544-3340.

## Asistencia Financiera - Lista de documentos

Al enviar su solicitud, incluya copias de los siguientes documentos, según corresponda, para respaldar su Solicitud de Asistencia Financiera:

- Licencia de conducir, Acta de nacimiento y/u otra identificación con foto o tarjeta de extranjero;
- Declaraciones de impuestos federales y estatales más recientes
- Documentos que reflejen los ingresos de su familia, incluyendo:
  - Talones de pagos, cheques de empleo o W-2's
  - Extractos o comunicados de la Seguridad Social o cartas de adjudicación
  - Documentos que muestren fondos de asistencia pública o cartas de adjudicación
  - Carta de determinación del Estatus de Asegurado para beneficios de desempleo
  - Carta de otorgamiento de beneficios para la compensación del trabajador
  - Extractos mensuales de pensiones/beneficios de jubilación
  - Extractos mensuales de beneficios para veteranos
  - Carta de otorgamiento de beneficios para manutención de niños o pensión alimenticia
  - Extractos mensuales de ingresos por alquiler
- Extractos recientes de otros hospitales, médicos, laboratorios, etc. que muestren cantidades adeudadas en facturas médicas familiares
- Documentos que muestren los activos líquidos de su familia, incluyendo:
  - Extractos mensuales de instituciones financieras que muestren saldos, ingresos por intereses y dividendos
  - Documentos que muestren otros activos líquidos de su familia
- Solicitud enviada de Medicaid del Estado de Hawaii y carta de aprobación/denegación

Si ninguno de estos documentos está disponible, proporcione una explicación por escrito de por qué dichos documentos no se enviaron con su solicitud completa.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre del Paciente:	Nº de Seguridad Social#:	Fecha de Nacimiento:	Paciente/Avalista Teléf. Casa:
Nombre del Avalista:	Nº de Seguridad Social#:	Fecha de Nacimiento:	Paciente/Avalista Móvil:
Dirección permanente del Paciente/Avalista:		Ciudadano de EEUU: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		Paciente/Avalista Email:	
MIEMBROS DE LA FAMILIA EN EL HOGAR			
Nombre:	Relación:	Fecha de nacimiento:	Nº Seguridad Social#:
Nombre:	Relación:	Fecha de nacimiento:	Nº Seguridad Social#:
Nombre:	Relación:	Fecha de nacimiento:	Nº Seguridad Social#:
Nombre:	Relación:	Fecha de nacimiento:	Nº Seguridad Social#:
INFORMACIÓN DE EMPLEO			
Empleador y Dirección del empleador del Paciente/Avalista:		Cargo:	
Empleador y Dirección del empleador del Cónyuge:		Cargo:	
ACTIVOS LÍQUIDOS FAMILIARES: Enumere los activos líquidos totales de todos los miembros de la familia (Debe adjuntar copias de los documentos de respaldo)			
Banco/CU Cuentas corrientes: \$	Banco/CU Cuentas de ahorros: \$	Cuentas del mercado monetario: \$	Dinero en mano: \$
Inversiones (acciones/bonos): \$	Otros (especificar): \$	Otros (especificar): \$	Otros (especificar): \$
INGRESOS FAMILIARES: Indique el ingreso total de todos los miembros de la familia (Debe adjuntar copias de los documentos de respaldo)			
Salario: \$	Seguridad Social: \$	Asistencia pública/Desempleo: \$	Compensación al trabajador: \$
Pensión/Jubilación: \$	Alquiler: \$	Manutención de los hijos/Pensión alimenticia: \$	Beneficio para Veteranos: \$
Otros (especificar): \$			
GASTOS MÉDICOS FAMILIARES: Indique los gastos totales de todos los miembros de la familia (Debe adjuntar copias de los documentos de respaldo)			
Proveedor (Hospital/Doctor/Lab):	Cantidad a deber \$	Tipo de Servicio(s)	Meses/años de Svcs:
Proveedor (Hospital/Doctor/Lab):	Cantidad a deber \$	Tipo de Servicio(s)	Meses/años de Svcs:
Proveedor (Hospital/Doctor/Lab):	Cantidad a deber \$	Tipo de Servicio(s)	Meses/años de Svcs:
INFORMACIÓN ADICIONAL			
¿Ha solicitado Medicaid u otros programas financieros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es Sí, fechas de la solicitud: _____	
Resultados de la solicitud, por favor especifique: _____			
¿Hay juicios pendientes, acuerdos o concesiones relacionados con sus servicios en REHAB? Describa: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE:** Certifico que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que REHAB puede verificar toda la información proporcionada. Si alguna información resulta ser falsa, entiendo que no seré elegible para asistencia financiera en REHAB y seré responsable de los cargos por los servicios prestados.

Acepto cooperar plenamente con REHAB solicitando cualquier asistencia financiera (incluida la solicitud de Medicaid/Quest) disponible para pagar mis cargos de REHAB. Entiendo que todos los demás seguros y fuentes de pago de terceros deben aplicarse a los cargos antes de que se aplique la asistencia financiera. Asignaré o pagaré a REHAB cualquier monto cubierto por estos cargos de cualquier fuente, como un acuerdo, sentencia o seguro.

Entiendo que esta asistencia cubre solo los servicios médicamente necesarios elegibles proporcionados por REHAB. Además, entiendo que REHAB puede revocar mi cobertura de asistencia financiera en cualquier momento y por cualquier motivo.

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_