



Las solicitudes de asistencia

financiera completas, acompañadas de todos los documentos requeridos, se pueden enviar para su revisión por correo electrónico, fax, correo postal o visitas en persona.

Flagstaff Medical Center

Attn: Financial Assistance Team
1200 N Beaver Street
Flagstaff, AZ 86001
Teléfono: **928-773-2025**
Fax: 928-214-3682
Correo electrónico:
careassistance@nahealth.com

Verde Valley Medical Center

Attn: Financial Assistance Team
269 S Candy Lane
Cottonwood, AZ 86326
Teléfono: **928-773-2025**
Fax: 928-214-3682
Correo electrónico:
careassistance@nahealth.com

Para obtener información sobre asistencia financiera, como cálculos de descuentos y detalles de políticas, visite nuestro sitio web. Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nuestra oficina de facturación al **928-773-2025**

[Programa de Asistencia Financiera de Northern Arizona Healthcare | NAH](#)



Su solicitud de asistencia financiera será revisada y se tomará una decisión dentro de los 15 días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud completa y todos los documentos necesarios.

Asistencia financiera

Northern Arizona Healthcare (NAH) se dedica a brindar atención de calidad excepcional a cada paciente. Como parte de nuestro compromiso, nos esforzamos por ayudar a nuestros pacientes con las obligaciones financieras asociadas con su atención médica. Hemos incluido una solicitud para nuestro Programa de Asistencia Financiera para ayudarle a evaluar su elegibilidad para un descuento financiero.

Criterios de elegibilidad

Los criterios de elegibilidad para recibir asistencia financiera de NAH se basan en el ingreso bruto familiar actual y el tamaño actual del hogar, así como en el estado del seguro.

Para calificar para el Programa de Asistencia Financiera de NAH, debe cumplir con los siguientes criterios:

- Recibe atención médicamente necesaria.
- No es elegible para Medicaid (AHCCCS), o fue aprobado para Medicaid después de la fecha en que recibió servicios médicos, o es elegible para Medicaid, pero recibe servicios que no están cubiertos por Medicaid.
- Puede demostrar necesidad financiera según el nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) actual. Esto significa que su ingreso bruto es inferior al 400 por ciento del monto mínimo requerido para sustentar a una familia, según lo determina el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Una vez que revisemos su solicitud, es posible que se le pida que solicite el Programa AHCCCS de Medicaid de Arizona. Esta solicitud se deriva de la información que usted ha proporcionado en su solicitud. Si ya ha solicitado AHCCCS y tiene una carta de denegación actual, incluya una copia al enviar su solicitud. Si está en el proceso de solicitar AHCCCS o ya ha recibido aprobación para la cobertura, comuníquese con nuestra oficina.

Para obtener más detalles sobre AHCCCS, visite <https://www.azahcccs.gov>

Si no desea completar esta solicitud, es imperativo que se comunique con nuestra oficina de facturación al 928-773-1848 o al 866-733-3017 para coordinar pagos adecuados en relación con su saldo.

Equipo de asistencia financiera para pacientes
Servicios financieros para pacientes
Northern Arizona HealthCare

**Solicitud de asistencia financiera**

Si está inscrito en el plan AHCCCS, SLMB o QI1, NO complete esta solicitud. Si actualmente cuenta con la aprobación de AHCCCS de Medicaid, comuníquese con nuestra oficina con los detalles de su cobertura al 928-773-2025.

Fecha: _____

Parte 1: Información del paciente (obligatorio)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Estado civil: ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☐ Pareja estable

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento: _____

Situación laboral: ☐ Empleado(a) ☐ Desempleado(a) ☐ Estudiante ☐ Jubilado(a)

¿Alguien más le declara en su declaración de impuestos sobre la renta? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, ¿quién? _____

¿Ha solicitado Medicaid (AHCCCS)? ☐ Sí ☐ No *Incluya su carta de determinación si corresponde

Si el paciente es menor de 18 años o la parte responsable es una persona que no es el paciente, necesitaremos obtener la información del garante.

Nombre del garante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Estado civil: ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☐ Pareja estable

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento: _____

Situación laboral: ☐ Empleado(a) ☐ Desempleado(a) ☐ Estudiante ☐ Jubilado(a)

Parte 2: Tamaño de la familia (obligatorio)

Un dependiente es un hijo o familiar que califica que depende de usted para recibir apoyo financiero y usted puede proporcionar documentación.

Tamaño del hogar (incluido usted, su cónyuge y todos los dependientes que califican): _____

Proporcione la siguiente información para todos los miembros del hogar y su relación:

Nombre:		Fecha de nacimiento:		Edad:		Relación:	
Nombre:		Fecha de nacimiento:		Edad:		Relación:	
Nombre:		Fecha de nacimiento:		Edad:		Relación:	
Nombre:		Fecha de nacimiento:		Edad:		Relación:	
Nombre:		Fecha de nacimiento:		Edad:		Relación:	
Nombre:		Fecha de nacimiento:		Edad:		Relación:	

**Parte 3: Ingreso familiar (obligatorio)***Incluya todos los montos de ingresos brutos para todas las fuentes de ingresos.*

Ingreso bruto del hogar	Paciente/Garante	Cónyuge	Otro
Empleo:			
Seguro Social:			
Pensión/Jubilación:			
Desempleo:			
Pensión alimenticia:			
Manutención de menores:			
Otro (describa):			

Si ha declarado un ingreso de \$0, incluya una breve explicación de cómo se mantiene financieramente:

¿Tiene una Cuenta de Ahorros para la Salud o una Cuenta de Gastos Flexibles? ☐ Sí ☐ No¿Se ha declarado en quiebra? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, indique la fecha: _____**Documentos de respaldo necesarios para la aprobación de la asistencia financiera:**

- Una copia completa de su declaración de impuestos federales del año anterior firmada.
- 2 meses de extractos bancarios personales para todas las cuentas, como corrientes y de ahorros.
- Comprobante del ingreso total del hogar que puede incluir:
 - 2 talones de pago consecutivos o una carta de su empleador indicando sus ingresos (si corresponde).
 - Una copia de la carta de beneficios SSA 1099 o la declaración de pensión (si corresponde).
 - Copias de pagos por desempleo (si corresponde).
 - Otros ingresos que incluyen alquiler, pensión alimenticia, manutención de menores u otra fuente (si corresponde).

No se pueden devolver los documentos originales**Las solicitudes de asistencia financiera completas**, acompañadas de todos los **documentos requeridos**, se pueden enviar para su revisión en las siguientes ubicaciones por fax, correo electrónico, visitas en persona o por correo postal:

Northern Arizona Healthcare Flagstaff Medical
 Center Attn: Financial Assistance Team
 1200 N. Beaver Street
 Flagstaff, AZ 86001
 Teléfono: 928-773-2025
 Fax: 928-214-3682
 Correo electrónico: careassistance@nahealth.com

Descargo de responsabilidad: entiendo que la información que proporciono se usará únicamente para determinar la asistencia financiera para mis saldos pendientes con Northern Arizona Healthcare, incluidos los servicios hospitalarios y médicos. Reconozco que si alguna información que he proporcionado resulta ser falsa, se puede producir la revocación de cualquier ayuda financiera y seré responsable del saldo adeudado. Mi firma autoriza a NAH a verificar toda la información proporcionada en este formulario, y doy fe de que la información anterior es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Firma del solicitante/tutor legal: _____ Fecha: _____