



Solicitud para ayuda financiera de Berkshire Health Systems

Esta solicitud se utiliza para evaluar si reúne los requisitos para recibir asistencia financiera por cuentas médicas enviadas por los médicos de Berkshire Health Systems. Puede usar esta aplicación para solicitar ayuda con las cuentas de atención médica de cualquiera de las siguientes entidades de Berkshire Health Systems:

- Centro Médico Berkshire
- Fairview Hospital
- Oficinas Médicas de Berkshire Faculty Services

La ayuda financiera de Berkshire Health Systems no se considera como un sustituto de inscripción en algún 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 lugar donde se brindó la atención. Consulte la política de ayuda financiera completa en nuestro sitio web para obtener detalles sobre qué cubre.

El no solicitar ayuda para un programa del gobierno para el cual reúna los requisitos, potencialmente podría resultar en un retraso o denegación de su solicitud. Si necesita ayuda para inscribirse en un programa de ayuda del gobierno, uno de nuestros consejeros de solicitud certificados de Berkshire Health Systems puede ayudarlo.

Debe informar si tiene cualquier otra cobertura, cobertura de reclamos de responsabilidad civil de terceros, cobertura de vehículos motorizados o cobertura que se considere de compensación para trabajadores.

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, comuníquese con el consejero líder certificado en Solicitud de Advocacy for Access al 413-447-3139.

Lista de verificación de la solicitud

- Complete todas las secciones que correspondan de la solicitud. La sección le indicará si se puede dejar en blanco
- Incluir verificación de ingresos
- Incluya prueba de que ha solicitado cualquier asistencia del gobierno para la cual reúna los requisitos.
- Devuelva la solicitud completa y los documentos de verificación por correo electrónico a fapinfo@bhs1.org o por correo postal a:

Advocacy for Access de BMC
Attn: Financial Assistance
510 North St Ste 8 Pittsfield MA 01201

Para asegurar la revisión rápida de su solicitud, complete todas las secciones a menos que se indique lo contrario. El procesamiento de la solicitud se retrasará si le falta la información o documentos requeridos.



Solicitud para ayuda financiera de Berkshire Health Systems

1. Información básica

Por favor, complete esta sección sobre el solicitante. El solicitante es el paciente o la persona que es financieramente responsable del paciente.

Apellido	Nombre	MI
Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Género
Números de teléfono	Dirección de correo postal (incluya ciudad, estado y código postal)	
Hogar:		
Celular:		
Trabajo:		
Nombre del paciente (si es diferente del solicitante)		
Fecha de nacimiento del paciente (si es diferente del solicitante)	Número de Seguro Social del paciente (si es diferente del solicitante)	

2. Información familiar

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

Nombre del miembro de la familia	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento	# de Seguro social



Solicitud para ayuda financiera de Berkshire Health Systems

3. Ingresos de Trabajo

Complete esta sección sobre ingresos de trabajo para el solicitante y cada miembro del hogar que trabaje enumerado en la sección 2. **Enumere los ingresos brutos, que son los ingresos antes de impuestos y deducciones.** Esta sección se puede dejar en blanco si el solicitante y los miembros de su hogar no tienen ningún ingreso de trabajo.

Documentos requeridos: Documentación de ingresos que verifique estos ingresos: talones de pago, declaración de impuestos federales, declaraciones W2, declaración de pérdidas y ganancias, informe de nómina u otra prueba. No podemos aceptar montos de depósito bancario como prueba de ingresos.

Nombre del miembro de familia que trabaja	Nombre y dirección del empleador	Salario bruto	¿Con que frecuencia? (Ej.: semanal, mensual, etc.)
		\$	
		\$	
		\$	

4. Otros Ingresos

Complete esta sección sobre otros ingresos para el solicitante y cada miembro del hogar enumerado en la Sección 2 que recibe otros ingresos. El ingreso de rentas es dinero que usted 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 ningún otro ingreso de renta.

Documentos requeridos: Documentación de ingresos que verifique estos ingresos: declaración de impuestos federales, declaraciones 1099, cartas de beneficios del seguro social, carta de adjudicación de veteranos, carta de beneficio de desempleo u otra prueba. No podemos aceptar montos de depósito en un depósito bancario como prueba de ingresos.



Solicitud para ayuda financiera de Berkshire Health Systems

Tipo de ingreso	Miembro(s) de la familia que recibe ingresos	Salario bruto recibido	¿Con qué frecuencia? (es decir, semanal, mensual, etc.)
Desempleo		\$	
Seguro social		\$	
Beneficios para veteranos		\$	
Sueldo anual y Pensiones		\$	
Manutención de los hijos y pensión alimenticia		\$	
Ingresos por alquiler		\$	
Compensación de Trabajadores		\$	
Dividendos e intereses sobre inversiones		\$	
Otro: _____		\$	
Otro: _____		\$	

5. Certificación de No Ingresos

Si el solicitante y los miembros de su familia informan que no tienen ingresos, el solicitante debe completar y firmar esta sección. Si algún miembro de la familia reportó tener algún tipo de ingresos provenientes o no provenientes del trabajo, esta sección puede dejarse en blanco.

Yo, el solicitante abajo firmante, certifico por la presente que mi hogar no ha tenido ingresos desde el período de tiempo que comienza ____ / ____ / ____ hasta el día de hoy. Entiendo que esta certificación se utilizará para determinar qué cantidades debo en mis facturas médicas de Berkshire Health Systems. Además, entiendo que, si Berkshire Health Systems determina más tarde que estaba recibiendo ingresos durante el período de tiempo mencionado anteriormente, puedo ser considerado responsable de pagar esas cuentas médicas.

Firma del solicitante

Fecha

Nombre del solicitante (Por favor con letra de imprenta)



Solicitud para ayuda financiera de Berkshire Health Systems

6. Autorización

Por favor, lea esta sección cuidadosamente y firme en la parte inferior.

Toda la información en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender. Acepto proporcionar documentación adicional a pedido.

Firma del solicitante

Fecha

Si firma en nombre del solicitante:

Firma del representante autorizado

Fecha

Nombre del representante autorizado

Relación con el solicitante

Teléfono de contacto