

Cómo demostrar que no tienes ingresos

Lo que debes llevar a la oficina de ayuda financiera del hospital (financial assistance office) y cómo usar los dos modelos de las páginas siguientes.

QUÉ LLEVAR

- La factura o el número de cuenta (account number).
- Identificación con foto: pasaporte, matrícula consular u otra que acepten.
- Prueba de dirección: una carta a tu nombre, un recibo o la carta de apoyo de quien te aloja.
- Prueba de cero ingresos: la carta de apoyo, la declaración de cero ingresos o las dos.
- Carta del último empleador o aviso de despido, si lo tienes.
- Si te lo piden: la respuesta de Medicaid de emergencia.

ANTES DE ENTREGAR

- Llama y pregunta qué documentos aceptan exactamente y si piden notario.
- Si el hospital tiene su propio formulario, usa el suyo.
- Haz copia de todo y pide que te sellen tu copia con la fecha.
- Apunta con quién hablaste, el día y lo que te dijeron.
- En hospitales sin ánimo de lucro tienes al menos 240 días desde la primera factura.
- No pagues con tarjeta de crédito ni firmes un plan de pagos mientras esperas.

LETTER OF SUPPORT

SaludNexo · página 2 de 3

Carta de apoyo · la firma la persona que te da techo o comida

To: Financial Assistance Office, _____

Para: oficina de ayuda financiera de (nombre del hospital)

Patient name: _____

Nombre del paciente

Date of birth: _____

Fecha de nacimiento

Hospital account number: _____

Número de cuenta de la factura

Date: _____

Fecha de hoy

I, _____ (full name), certify that I provide financial support to the patient named above.

Yo, (nombre completo), certifico que doy apoyo económico al paciente nombrado arriba.

Since _____ (date), I provide: ☐ Housing ☐ Food ☐ Transportation ☐ Other: _____

Desde (fecha) le doy: vivienda, comida, transporte, otro (marca lo que corresponda).

The patient lives with me at: _____ (address).

El paciente vive conmigo en: (dirección).

My signature does not make me responsible for the patient's bills. I certify that this is true.

Mi firma no me hace responsable de las facturas del paciente. Certifico que esto es verdad.

Signature: _____

Firma

Printed name: _____

Nombre en letra clara

Phone: _____

Teléfono

Relationship to patient: _____

Relación con el paciente (primo, amiga, etc.)

NOTARY (only if the hospital asks)

Notario: solo si el hospital lo pide. Firma delante del notario, con tu identificación.

SELF-DECLARATION OF NO INCOME

SaludNexo · página 3 de 3

Declaración de cero ingresos · la firmas tú

To: Financial Assistance Office, _____

Para: oficina de ayuda financiera de (nombre del hospital)

Patient name: _____

Nombre del paciente

Date of birth: _____

Fecha de nacimiento

Hospital account number: _____

Número de cuenta de la factura

Household size: _____

Personas que viven en tu hogar

I, _____ (full name), declare that I have had no income since _____ (date).

Yo, (nombre completo), declaro que no tengo ingresos desde (fecha).

I lost my job on _____. Last employer: _____ (if any).

Perdí mi trabajo el (fecha). Último empleador: (si lo tuviste).

My basic needs (housing and food) are covered by: _____.

Ahora mis necesidades básicas (vivienda y comida) las cubre: (persona, iglesia, banco de comida...).

I understand that giving false information may cancel any financial assistance and is against the law.

Entiendo que dar información falsa puede anular cualquier ayuda y es ilegal.

Signature: _____

Firma

Date: _____

Fecha

Consejo: entrega esta declaración junto con la carta de apoyo de quien te ayuda. Pide que te sellen tu copia con la fecha y guárdala hasta que el hospital te conteste por escrito.