



FONDO DE ASISTENCIA PARA PACIENTES (PAF)

El Fondo de Asistencia para Pacientes (PAF) ayuda a los pacientes a acceder a servicios médicos, dentales y de salud mental esenciales con un saldo de pago por cuenta propia no cubierto por el seguro médico, garantizando la atención independientemente de la situación financiera.

Para aplicar, el solicitante debe de completar la solicitud del Fondo de Asistencia para Pacientes (PAF) en una ubicación de la clínica o enviar la solicitud electrónicamente con todos los documentos de respaldo necesarios directamente a PAF@elevatedch.org. La aplicación debe incluir los siguientes documentos requeridos:

Requisitos:

1. **Solicitud del Fondo de Asistencia para Pacientes (PAF) completada.**
2. **Prueba de identificación para cada miembro de la familia que viva en el mismo hogar.** Proporcione prueba de identificación para cada miembro del hogar. Los documentos aceptados incluyen licencia de conducir, acta de nacimiento, pasaporte, etc. Se prefiere una identificación con foto para los adultos. Los miembros del hogar incluyen:
 - Esposo, esposa, pareja de hecho o pareja en unión civil.
 - Hijos, hijastros o hijos adoptivos menores de 18 años.
 - Hijos adultos (mayores de 18 años) con discapacidades,
 - Hijos adultos (mayores de 18 años) que aun estén en la escuela o educación superior y vivan a tiempo completo en el hogar (deben proporcionar identificación estudiantil)
 - Padres dependientes
3. **Prueba de ingreso del paciente o de la familia.** Proporcione documentación de los ingresos del último mes calendario o del último año. Los documentos aceptables incluyen:
 - Talones de pago del último mes calendario (ya sea 2 talones de pago quincenales consecutivos o 4 talones de pago semanales consecutivos)
 - Formulario de impuestos anuales o w-2
 - *Carta de verificación de ingresos del empleador, si los ingresos del empleo se pagan en efectivo, se requiere una verificación de ingresos del empleador, debe:*
 - a. Estar escrita y papel membretado de la empresa con fecha de los últimos 30 días
 - b. Incluir la dirección, número de teléfono y persona de contacto del empleador
 - c. Especificar el ingreso bruto del empleado y si corresponde, las propinas estimadas

Si el paciente es trabajador por cuenta propia, debe proporcionar uno de los siguientes:

- Declaraciones de impuestos
- Hojas de ganancias y pérdidas
- Un mes de depósitos brutos bancarios del negocio o un libro contable
- Hoja de trabajo independiente de Elevated Community Health

Si los ingresos provienen de Fuentes no ganadas, pueden incluir:

- Beneficios por desempleo o compensación laboral
- Seguridad social o Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)
- Ingresos de pensión o jubilación
- Asistencia pública (por ejemplo, SNAP, TANF)
- Beneficios para veteranos o beneficios de sobreviviente
- Beneficios por discapacidad
- Ingresos de intereses, dividendos, rentas, regalías, Bienes o fideicomisos
- Pensión alimentaria
- Manutención infantil

Nota: Todos los ingresos de cónyuges, parejas o de otros miembros del mismo hogar deben ser declarados.

4. **Cualquier factura pendiente de Elevated Community Health que se haya generado a partir del 1 de enero del 2025 y para cual necesite Asistencia financiera.**

“La solicitud se procesará en un plazo de dos Semanas y se le contactará una vez que se complete”.



SOLICITUD DE FONDO DE ASISTENCIA PARA PACIENTES (PAF)

Información del Apicante			
Nombre completo			
Nacimiento	Mes _____ Día _____ Año _____	# teléfono	
Domicilio		Ciudad, Estado, Código postal	

información del Hogar:

Nombre Completo Esposo e hijos menores de 18 años, estudiantes o padres dependes	Fecha de Nacimiento	Relación con el Apicante	Tiene factura pendiente
			SI () NO ()
			SI () NO ()
			SI () NO ()
			SI () NO ()
			SI () NO ()
			SI () NO ()
			SI () NO ()
			SI () NO ()

Información sobre Dificultades Financieras:

Por favor, describa brevemente su dificultad actual:

Información de la Cita:

Fecha de la Cita	
Costo de la Cita/Procedimiento	\$

Firma del apicante	Fecha:
--------------------	--------