



2500 W Utopia Rd #100
Phoenix, AZ 85027
Phone: 623-300-9044
Fax: 623-434-6216

DECLARACIÓN DE LAS PERSONAS NO-ASEGURADAS PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA BÁSICA

Efectivo el día 1° de enero de 2020, los hospitales de HonorHealth ofrecen el descuento de ochenta y cuatro por ciento (84%) de los cargos facturados por servicios prestados a pacientes que no cuenten con seguro médico y cuyo nivel de ingresos familiar sea menor a cinco veces el indicado en la Guía Federal de Pobreza conforme a la política de Asistencia Financiera. Esta política se puede revisar en la sección de Políticas Financieras y de Privacidad en HonorHealth.com. Este descuento probablemente no pueda aplicarse a la atención recibida relacionada con lesiones en las que otra persona o entidad sea responsable del pago.

Expectativas de pago: El hospital espera recibir un depósito antes de que se presten los servicios y de que se realicen el saldo o mensualidades según la política de HonorHealth. Aproximadamente una semana después del alta hospitalaria, usted recibirá un estado de cuenta detallado indicando el saldo deudor con el descuento incluido y la información de contacto por si necesita hacer arreglos de pago.

En caso de que otra persona o entidad sea responsable de las lesiones que dieron lugar a este tratamiento, el hospital conserva sus derechos de gravamen en conformidad con los estatutos revisados del estado de Arizona (A.R.S. 33-931) y hará cumplir su derecho de retención contra dicha recuperación.

Si el garante no puede pagar la factura del hospital, o no puede hacer los arreglos de pago formal, notifique al personal del hospital inmediatamente para que se inicien las solicitudes que deben enviarse a tiempo para ver si califica en otros programas estatales, federales o del hospital. Tales programas podrían modificarse o cancelarse en cualquier momento.

DECLARACION

Yo declaro como paciente o como garante de la cuenta que:

- El paciente no tiene seguro médico para este servicio
- El paciente no tiene seguro médico para cubrir servicios como paciente interno o externo en cualquier hospital o institución de salud que pudiera dar estos servicios.
- El ingreso anual neto de la familia es menor que la cantidad en la lista de acuerdo al tamaño de la familia.

Yo entiendo que esta información puede ser verificada por los servicios de reportes crediticios.

Tamaño de la familia.	<500% FPL (Índice Federal de Pobreza, FPL por sus siglas en inglés)
1	\$64,400
2	\$87,100
3	\$109,800
4	\$132,500

Firma y nombre en letra de molde

No. de cuenta del paciente

Relación con el paciente

Fecha