

RespirTech reconoce que algunos pacientes no tienen recursos económicos suficientes para contribuir con el pago del Tratamiento de desobstrucción de vías respiratorias inCourage® y pueden necesitar ayuda financiera. Como asumimos el compromiso de colaborar con los pacientes para ayudarles a mantener y mejorar su calidad de vida, hemos creado un programa para ayudar a los pacientes elegibles con sus obligaciones de pago no cubiertas o exigidas por sus programas de seguro para el Sistema inCourage.

Es necesario presentar este formulario para solicitar la ayuda del programa de asistencia a clientes de RespirTech para cumplir sus responsabilidades económicas para el Sistema inCourage®. La solicitud será revisada y, de ser aprobada, RespirTech aceptará eximirle la totalidad o una porción del pago de sus obligaciones. Los postulantes tienen 30 días de plazo desde la fecha en que reciben esta solicitud para presentar la información requerida para su revisión. Toda la información solicitada se brinda de modo voluntario; sin embargo, si no se brinda por completo y con exactitud la información necesaria para evaluar sus circunstancias y recursos económicos individuales, el pedido podría ser rechazado. Para postularse para recibir una exención total o parcial, proporcione la información que se solicita a continuación.

TENGA EN CUENTA: LA SOLICITUD NO SE PROCESARÁ SI NO ADJUNTA COPIAS DE LAS PRIMERAS DOS PÁGINAS DE SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES DEL AÑO ANTERIOR O, SI RECIBE LOS SERVICIOS DEL SEGURO SOCIAL Y ESA ES LA ÚNICA FUENTE DE INGRESOS DEL PACIENTE, ADJUNTE EN SU LUGAR LA DECLARACIÓN MÁS RECIENTE DEL SEGURO SOCIAL. (Debe tachar los números del Seguro social antes de enviar la solicitud.)

Esta solicitud, incluida la declaración de impuestos del año anterior o los comprobantes del Seguro social deben enviarse por correo al Departamento de Finanzas de RespirTech (2896 Centre Pointe Drive, St. Paul, MN 55113), por fax (800.932.1611) o por correo electrónico (finance@respirtech.com).

CONFIDENCIAL O PRIVILEGIADA: Esta información tiene por único objeto ser utilizada por las personas a quienes está dirigida y puede contener información privilegiada, confidencial o eximida de otras divulgaciones según la legislación vigente. Si usted no es el destinatario previsto, se le notifica que está prohibida toda divulgación, impresión, copia, distribución o uso de su contenido. Si usted recibió esto por error, notifíquelo de inmediato a RespirTech por teléfono al 800-793-1261 o transmítalo por fax al 800.962.1611 y luego destruya el documento original en forma definitiva.

Solicitud de Asistencia a clientes



Fecha de la solicitud: ____/____/____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Número de cuenta del paciente: _____

Saldo de cuenta estimado: _____

Compañía de seguros: _____

Centro médico: _____

Nombre del postulante: _____

Relación con el paciente: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de nacimiento del postulante: _____

Nombre del cónyuge: _____

Fecha de nacimiento del cónyuge: _____

Empleador del postulante: _____

Número de teléfono del empleador: _____

Empleador del cónyuge: _____

Número de teléfono del empleador: _____

Nombre de las otras personas a cargo en el grupo familiar: _____

Indique las circunstancias extraordinarias que pueden incidir en su capacidad para pagar sus obligaciones financieras del Sistema inCourage:

Firma _____ Fecha _____

SOLO PARA USO OFICIAL:

☐ Aprobado

☐ Rechazado

Cantidad a la que se renuncia: _____

Firma y cargo _____ Fecha _____

