



RE: Asistencia financiera

Hospital de la Comunidad ofrece un programa de asistencia financiera a las personas cuyos ingresos o patrimonio los califica para la participación. Bajo este programa, el hospital proporciona una cantidad razonable de asistencia a aquellos que cumplen con las directrices de la política y no son elegibles para recibir asistencia de los Servicios Sociales. Si cumple con los lineamientos, podemos ayudarle con la totalidad o parte de los cargos.

Adjunto encontrará un formulario de solicitud de asistencia financiera. Por favor complete este formulario y la siguiente información es REQUERIDA:

- Verificación de los ingresos en todas las cantidades enumeradas (es decir, declaración de impuestos reciente, formularios W-2, talones de cheques, estados de cuenta bancarios, carta de seguridad social o carta de un empleador)
- Estados de cuenta corrientes para cuentas de cheques y ahorros
- Facturas actuales para los montos de gastos médicos enumerados.

La verificación de los ingresos que proporcione debe ser durante los últimos tres meses o los últimos doce meses. También se requiere que enumere todos los activos y la deuda correspondiente. Esto incluye sus saldos bancarios, hogar, vehículos, vehículos recreativos, equipos, etc.

Después se volvió a su aplicación, se hará una determinación y se le notificará. Si usted tiene alguna pregunta sobre este programa o para llenar la solicitud, por favor siéntase libre de llamar a uno de los asesores financieros en el Community Hospital.

Sinceramente,

Laci Ingels
Patient Financial Counselor
(308) 344-8334

Lynn Soncksen
Patient Financial Counselor
(308) 344-8322

COMMUNITY HOSPITAL
SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

INSTRUCCIONES: Complete ambos lados de la solicitud, incluyendo la línea de firma a continuación.

Se **REQUIERE** la siguiente documentación:

- Verificación de los ingresos (es decir, declaración de impuestos reciente, formularios W-2, talones de cheques, estados de cuenta bancarios, carta de seguridad social o carta de un empleador)
- Extractos bancarios actuales de cuentas corrientes y de ahorros
- Facturas actuales para los montos de gastos médicos enumerados

A los pacientes que presenten una solicitud incompleta se les enviará una carta identificando y solicitando la información faltante y, si no se recibe la información adicional dentro de los 30 días, la solicitud se cerrará.

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Además, voy a hacer la solicitud de cualquier otro tipo de ayuda que puede estar disponible para el pago de mis gastos del hospital (Medicaid, seguros, etc.), y voy a tomar cualquier acción razonablemente necesaria para obtener dicha asistencia y asignaré o pagar al hospital el monto recuperado por dichos cargos. Yo entiendo que la información dada se va a utilizar para determinar mi capacidad de pagar por los servicios prestados por el Hospital de la Comunidad. Por la presente autorizo a Community Hospital para investigar la información contenida en el presente documento.

➔ Firma _____ Firma _____ Date _____

INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA

Nombre _____ SS# _____

Cónyuge / pareja _____ SS# _____

Dirección _____ Teléfono # _____

Código postal _____ Teléfono móvil # _____

Nombres dependientes / Edad _____

Actualmente participo en un plan de salud de costos compartidos del ministerio cristiano? Si _____ No _____

INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

YO

Cónyuge / pareja

Empleador _____ Empleador _____

Dirección _____ Dirección _____

Teléfono # _____ Teléfono # _____

Ingreso Bruto Mensual _____ Ingreso Bruto Mensual _____

Otros ingresos mensuales: _____ Tipo: _____

(Otros ejemplos de ingresos incluyen: SSI, manutención de los hijos, al Trabajador Comp.,

El desempleo, pensión, renta, pensión alimenticia, etc..)

Si usted no tiene ingresos mensuales, por favor explicar cómo se toma el cuidado de sus gastos mensuales. _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

Bancarios y de inversión:

¿Utiliza un banco para realizar transacciones financieras? SÍ / NO

En caso afirmativo, indique los saldos actuales: Saldo de la cuenta corriente\$ _____

Saldo de la cuenta de ahorros \$ _____ HSA/FSA \$ _____

Si no, ¿cómo maneja sus transacciones financieras? (es decir, tarjeta prepaga, efectivo, etc.)

Activos Pasivos:

	Valor	Saldo adeudado
Residencia primaria	\$ _____	\$ _____
Residencia secundaria	\$ _____	\$ _____
Vehículo #1 Hacer _____ Año _____	\$ _____	\$ _____
Vehículo #2 Hacer _____ Año _____	\$ _____	\$ _____
Vehículo #3 Hacer _____ Año _____	\$ _____	\$ _____
Otros activos (Incluyendo: ilustraciones, joyería, Los vehículos recreativos, caravanas, etc..)		
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____

Otros pasivos:

Pago para _____ por _____	\$ _____
Pago para _____ por _____	\$ _____
Pago para _____ por _____	\$ _____
Pago para _____ por _____	\$ _____

Otros gastos médicos, dentales, de la vista y de recetas:

	Balance
Proveedor _____	\$ _____
Proveedor _____	\$ _____
Proveedor _____	\$ _____
Proveedor _____	\$ _____
Proveedor _____	\$ _____
Proveedor _____	\$ _____
Proveedor _____	\$ _____

Comentarios: _____
