

February 28, 2019

Cuidado de caridad / solicitud de asistencia financiera

Número de cuenta del paciente (s) _____; _____; _____

Importante: Es posible que pueda recibir gratuitamente o con descuento CUIDADO: Completando esta aplicación le ayudará Shenandoah Centro Médico determinar si puede recibir servicios gratuitos o descuentos u otros programas públicos que pueden ayudar a pagar por su cuidado de la salud. Favor de enviar esta solicitud al hospital. Si no tiene seguro, número de seguro social no se requiere que califica para el cuidado gratis o con descuento. Sin embargo, se requiere un número de Seguridad Social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. Proporcionar un número de Seguro Social no es necesario, pero ayudará al hospital a determinar si usted califica para los programas públicos.

Por favor completar este formulario y enviarlo a Shenandoah Medical Center en persona o por correo para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 60 días siguientes a la fecha de aprobación de la gestión o la recepción de la atención ambulatoria.

El paciente reconoce que él o ella ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud para asistir al hospital para determinar la elegibilidad.

Instrucciones: Complete la solicitud COMPLETO Y firmar la autorización para verificar la información		
INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Dirección de correo electrónico		Tamaño de la familia
Apellido nombre	Fecha de nacimiento	Número de seguridad social
Calle Apto Código postal Ciudad ST #		Teléfono de casa
Dirección del empleado		Teléfono móvil
Ciudad (*): Estado (*): Código postal	Ingreso mensual	Teléfono del trabajo
Garante / CÓNYUGE (IF responsable, paciente si MINOR)	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento
Dirección de correo electrónico		
Apellido nombre		Teléfono de casa
Dirección del empleado		Teléfono móvil
Ciudad (*): Estado (*): Código postal	Ingreso mensual	Teléfono del trabajo

February 28, 2019

Elegibilidad presuntiva: Los pacientes sin seguro que demuestran uno de los Criterios de elegibilidad presunta enumeran a continuación de forma individual oa través de los beneficios proporcionados a su familia son automáticamente elegibles para recibir atención gratuita y se solicitará ninguna prueba de ingresos. Verificamos la elegibilidad electrónicamente cuando sea posible, pero es posible que se necesita para que nos ayude a demostrar su elegibilidad.

Círculo todos los que apliquen:

- | | |
|--|---|
| WIC | LIHEAP: Programa de Asistencia bajo Ingresos de Energía |
| CHASQUIDO | Comunidad Programa de Asistencia Médica Basado |
| Iowa almuerzo gratuito / desayuno | Donación de asistencia de Servicios Médicos |
| encarcelados | TANF: Asistencia Temporal para Familias Necesitadas |
| La falta de vivienda | quiebra personal |
| Fallecida, sin Locales | La afiliación a una orden religiosa y voto de pobreza |
| La elegibilidad de Medicaid, pero no en la fecha de servicio o de servicio no cubierto | |
| Alquiler Programa de Apoyo a la Vivienda de la Autoridad de Desarrollo de Vivienda de Iowa | |
| Incapacitación mental con nadie para actuar en nombre del paciente. | |

Si usted demuestra Elegibilidad Presunta, no es necesario que faciliten cualquier información de ingresos; usted todavía tiene que firmar la certificación solicitante en la página siguiente.

INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

Por favor proporcionar toda la documentación que se indica es necesario para cada miembro en el hogar, ya que se aplica:

- Una copia de la última declaración de impuestos y uno de los siguientes:
- Una copia del comprobante de pago más reciente
- Una declaración de su empleador si se paga en efectivo
- Cualquier otra verificación de un tercero sobre nuestros ingresos
- Si los ingresos de la seguridad social: una copia del cheque o una copia de la carta de beneficios.

Puede recibir ingresos o de los de otra fuente, por ejemplo: SSA, la discapacidad, la manutención de los hijos, pensión alimenticia, el desempleo o la remuneración del trabajador, pensión o incapacidad de veterano, TANF, los ingresos de jubilación, u otros ingresos. Por favor indique la fuente y la cantidad de ingresos.

Fuente de ingresos	Cantidad



February 28, 2019

Si no puede proporcionar ninguna documentación relativa a sus ingresos, llene la siguiente declaración:

Yo, _____ (nombre), certificar que no tengo documentos que prueban mi familia de

ingreso mensual de \$ _____.

Sírvanse proporcionar más reciente declaración bancaria, si no puede proporcionar ninguna prueba adicional de ingresos.

MIEMBROS DE LA FAMILIA DEPENDIENTES

Nombre	Años	Relación
		YO

Otra información: Si tiene documentos adicionales que pueden ayudar SMC tomar una determinación respecto a su solicitud, como las grandes cuentas pendientes que demuestren dificultades financieras, por favor presentar esos documentos (ejemplo: facturas de teléfono, facturas de electricidad, gastos médicos, bancarios o cheques declaraciones etc.

certificación solicitante: Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Voy a solicitar la asistencia estatal, federal o local para el que puedo ser elegible para ayudar a pagar mis facturas del hospital / clínica. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificado por el SMC, y autorizo SMC ponerse en contacto con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Yo entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, cualquier ayuda financiera concedida a mí puede invertirse, y seré responsable del pago de las facturas médicas. Toda la información obtenida en el proceso de solicitud se mantendrá confidencial y protegida por los derechos del paciente a la privacidad.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

En el caso de las solicitudes incompletas, el solicitante será notificado por escrito de toda la información requerida o documentación para completar la solicitud. El solicitante será informado de que esta información debe ser recibido dentro de los 30 días de la fecha de matasellos era la notificación. Si el solicitante no responde con la información necesaria para completar la solicitud en el plazo de 30 días, se denegará la solicitud de asistencia.

Usted puede devolver su solicitud de atención de caridad completa y los documentos a:

Shenandoah Centro Médico

A la atención de: Asesor Financiero

300 Pershing Ave., Shenandoah IA 51601.

Para preguntas llame al consejero financiero en (712) 246 a 7.201.