

Estimado solicitante,

Adjunto encontrará la solicitud de asistencia financiera del Hospital Goodall Witcher. Terminar esta aplicación nos permitirá considerar sus gastos médicos en el Hospital Goodall Witcher para ayuda financiera.

Entendemos su deseo de privacidad. En consecuencia, la información que incluya con su solicitud será tratada como información confidencial. Estará disponible sólo para el personal del programa de asistencia financiera en una necesidad de saber.

La solicitud y la documentación **deben ser devueltos dentro de 15 días** al Hospital Goodall Witcher oficina de elegibilidad. Un sobre auto dirigido se proporciona para su conveniencia. Si tiene dificultad para completar la solicitud o tiene preguntas con respecto al programa, por favor llame al 254-675-8322 (ext. 7861). Se agradece su cooperación. A continuación se enumera la lista de la documentación que se necesita:

Comprobante de ingresos (recientes y consecutivos)

Empleado: Recibo de sueldo de dos 2 meses recibos o carta del empleador

Trabajador por cuenta propia: Contabilidad de tres 3 meses

IRS forma W-2/1099

2015 Declaración de impuestos completa.

***Si usted no puede proporcionar una declaración de impuestos, usted debe proporcionar una carta explicando por qué usted es incapaz de presentar una declaración de impuestos.**

Si no trabaja, una carta del individuo/empresa que da el apoyo.

Seguridad de ingreso suplementario (SSI) / ingreso de discapacidad del Seguro Social (SSDI) /carta de jubilación

Reporte detallado de últimos 3 meses de todas las cuentas de cheques/ahorros (* no se aceptarán recibos de cajeros automáticos *)

Identificación con fotografía

Carta de que recibe beneficios de cupones de comida (estampillas)

Otros recursos (manutención, 401 k, IRA, acciones, bonos, etc...)

Gracias por elegir al Hospital Goodall Witcher para su atención médica necesaria.

Atentamente,

Especialista de elegibilidad
Hospital Goodall Witcher

Aplicación: Asistencia financiera/Charity Care

Por favor escriba el nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social y dirección de correo electrónico del paciente y quién es responsable de esta factura.

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ teléfono _____

Fecha de Nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____

1. ¿ esta aplicación es para servicio pasado o futuro? Pasado _____ Futuro _____ Fecha de servicio _____

¿2. ha aplicado alguien en su hogar para Programa de Salud para indigentes del condado (CHIPS) de los niños o Medicaid?

SI ___ No ___ ¿quién? _____

¿Cuándo? _____ ¿Cuál es el estado de su aplicación? Pendiente ___ Negado ___ Razón _____

3. ¿alguien en su hogar está embarazada? SI ___ No ___

4. ¿Tiene a alguien en su familia que ha servido al ejercito militar? SI ___ No ___ ¿quién? _____

5. ¿ha presentado alguna vez reclamo de accidente de vehículo o remuneración de trabajadores? SI ___ No ___ Fecha _____

6. ¿alguien en su hogar es elegible para beneficios de Seguro Social? SI ___ No ___ ¿quién? _____

7. ¿alguien en su hogar está cubierto por el seguro de salud o una cuenta de ahorros de salud (HSA)? SI ___ No ___

Quien? _____

8. nadie te reclama en su declaración de impuestos SI ___ No ___ ¿quién? _____

Lista de todos los dependientes, incluyendo a su cónyuge:

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Aplique por asistencia Si/No?

INGRESO MENSUAL

¿Tienes un ingreso? _____ Cantidad \$ _____

¿Su cónyuge tiene un ingreso? _____ Cantidad \$ _____

Si sí, usted debe proporcionar reciente recibo de sueldo, recibos si trabaja por cuenta propia, prueba de los pagos de asistencia pública, Seguro Social, desempleo, la indemnización de los trabajadores, manutención de los hijos, pensión alimenticia, etc. **documentación es requerida.**

Office use only: Date Received _____ **Date Approved** _____ **Date Denied** _____

Bienes

•Nota: persona casada debe incluir información financiera del cónyuge.

Dinero en mano o en los bancos... \$ _____

Cuenta de cheque \$ _____ Cuenta de ahorro \$ _____ Cooperativa de Crédito \$ _____

Automóviles, barcos, auto caravanas etc. \$ _____

¿Bienes raíces (propiedad) \$ _____ Casa Móvil? \$ _____ En caso afirmativo, en qué año: _____

Todos los demás bienes no especificados arriba: por favor incluya la descripción y el valor siguiente:

Total de bienes\$ _____

Gastos del hogar

Pago mensual de alquiler (renta) \$ _____ o pago \$ _____ préstamo hipotecario \$ _____ Balance de préstamo \$ _____

Cantidad de impuestos sobre la propiedad no incluido en el monto del pago por encima de \$ _____ Valor de casa \$ _____

¿Posee bienes que no sean de residencia primaria SI ___ No ___ si sí, ¿cuál es el valor \$ _____

Pago mensual de prestamo \$ _____ A quien? _____ De qué? _____

Medicare Parte D deducidos de la Seguridad Social Compruebe SI ___ No ___ cantidad \$ _____

Utilidades \$ _____ seguro \$ _____ vivienda (gas, comida, ropa) \$ _____ otros: _____

Pensión alimenticia/Manutención de hijos \$ _____ seguro de salud \$ _____ Cuidado de hijos \$ _____ otros: \$ _____

Cesión de derechos

Al firmar abajo yo autorizo a la solicitud de mi informe de crédito o devolución de impuestos. Entiendo que una declaración de impuestos es necesaria para procesar esta solicitud y que más información puede ser solicitada antes de que se puede determinar mi elegibilidad. Usted puede adjuntar los documentos y presentar esta solicitud.

Al firmar abajo, yo certifico que he presentado toda la información es verdadera. Entiendo que cualquier información incorrecta, incompleta o falsa que proporciono o alguien proporciona para mí podría cancelar mi solicitud de asistencia financiera.

Todos miembros adultos del hogar que firman a continuación autorizan la liberación de médicos, financieros o de información de empleo que se relacione directamente al cuidado de su salud o para su elegibilidad para asistencia financiera. Esta información puede ser divulgada a cualquier proveedor de cuidado de la salud de quienes los miembros del hogar han buscado atención médica o asistencia financiera. Toda la información permanecerá confidencial bajo las disposiciones de los reglamentos federales de HIPPA. Los procedimientos electivos no pueden ser considerados para obtener ayuda.

Estoy de acuerdo en que se pagará el premio asistencia completa si recibo pago alguno por los servicios médicos cubiertos por esta aplicación, por ejemplo, pagos de seguro, pagos del programa de gobierno, Premio de una demanda o cualquier otro pago.

Si recibo asistencia financiera, me comprometo a informar Goodall-Witcher Hospital autoridad de cualquier cambio que podrían afectar la elegibilidad, incluidos los cambios en la cobertura tamaño, ingresos y seguro médico familiar. Entiendo que si mi/nuestra situación médica cambia de modo que yo/nosotros podríamos ser elegibles para un programa de asistencia pública, necesito aplicar a ese programa y proporcionar evidencia de la aplicación.

Firma de Solicitante

Fecha

Firma de Co-solicitante

Fecha