

Wabash General Hospital

Asistencia Financiera Formulario de Solicitud

Importante: Es posible que pueda recibir gratuitamente o con descuento CARE. Completar esta aplicación te ayudará Hospital General Wabash determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o descuentos u otros programas públicos que pueden ayudar a pagar por su atención médica. Por favor, envíe esta solicitud al hospital.

Si no tiene seguro, UN NÚMERO security SOCIAL NO ES NECESARIO PARA CALIFICAR PARA LIBRE O CUIDADO reducidos. Sin embargo, se requiere un número de Seguro 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 complete este formulario y enviarlo al hospital en persona, por correo, por correo electrónico, o por fax al solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 60 días siguientes a la fecha de aprobación de la gestión o de la recepción de la atención ambulatoria.

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 si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

Información para el paciente:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__

Número de Seguro Social: ____ ____ ____ / ____ ____ / ____ ____ ____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Información Garante: (En el caso de que el paciente es un menor de edad.)

Garante Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Familia / Información del Hogar:

1. Número de personas en la familia / hogar del paciente _____
2. Número de personas que son dependientes del paciente _____
3. Edad de las personas dependientes ____, ____, ____, ____, ____, _____

Ingreso Familiar del Paciente e Información de Empleo:

(Si el paciente es menor de edad, el garante y cónyuge columnas completas, en su caso. Si el paciente es mayor de 18 años, completar las columnas de los pacientes y de su cónyuge, si corresponde.)

	Paciente	Garante	Esposo (Socio)
✓ columna de quién se emplea actualmente			
Nombre del empleador			
Lista Ingresos mensuales Importes			
Salarios			
Compensación por Desempleo			
Seguridad Social			
Ingresos por Incapacidad			
Compensación del Trabajador			
Asistencia Temporal			
retiro (pensiones)			
Sustento de Menores o Pensión Alimenticia			
Otros Ingresos			
Totales			

Incluir Prueba de ingresos con la aplicación:

Los siguientes son ejemplos de prueba aceptable de ingresos utilizados para la determinación de la ayuda financiera. Es discreción del Hospital General Wabash para determinar una prueba aceptable de ingresos.

- Declaración de Impuestos Federales actual (prueba preferente de ingreso)
- W-2's
- Carta mostrando elegibilidad actual para la asistencia
- Corriente Talonarios
- Carta de Compensación por Desempleo / Noticia
- LES reciente para el Personal Militar
- Decreto de Divorcio
- Copia de la solicitud de ayuda financiera para estudiantes con aviso de determinación
- Cupones para Alimentos Documento con elegibilidad actual
- Administración del Seguro Social Beneficio Carta
- Estados de cuenta bancaria actual (últimos 3 meses)

Seguros de información sobre beneficios:

- | | |
|--|--------|
| 1. Do you have health insurance coverage? | Y or N |
| En caso afirmativo, ¿tiene usted: | |
| Medicare? | Y or N |
| Parte D de Medicare? | Y or N |
| Suplemento de Medicare? | Y or N |
| Medicaid? | Y or N |
| Beneficios de los Veteranos? | Y or N |
| 2. Ha inscrito en el plan estatal de Medicaid o del mercado? | Y or N |

Declaración de Certificación:

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Voy a solicitar cualquier estado, la asistencia federal o local para el que puedo ser elegible para ayudar a pagar este proyecto de ley hospital. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital, y autorizo al hospital para 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 yo seré responsable por el pago de la factura del hospital.

Firma del paciente o solicitante: _____

Fecha: _____