

**PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Adjunto encontrara la solicitud para Asistencia Financiera del Memoria Hospital and Health Care Center. Esta solicitud se utilizará para determinar asistencia financiera total o parcial sobre las facturas que reúnan los requisitos.

**Debe de proporcionarse una divulgación financiera completa y documentos de soporte**

**los cuales se usarán para evaluar su solicitud para un ajuste de asistencia financiera. Llenar la solicitud de Asistencia Financiera y devolvérnosla dentro de 21 días.**

**Debe presentarse la siguiente información con la solicitud:**

 **1. Una carta que incluya todas las circunstancias que afectan su ingreso.**

 **2. Su declaración federal de impuestos más reciente y formularios W2, un estado de cuenta bancario actual.**

 **3. Los dos talones de pago más recientes, incluso si ya no trabaja ahí.**

 **4. Comprobante o copia de una carga otorgada por el Seguro Social, de discapacidad y/o de ingreso de pensión.**

 **5. Verificación de ingreso como desempleado, si corresponde.**

 **6. Una lista de sus pagos médicos - cantidad total debida y a quien.**

 **7. Gastos de su bolsillo para medicamentos con receta médica, mensual o anualmente.**

 **8. Si no tiene ningún ingreso, proporcionar una carta de soporte y una explicación**

 **de cómo paga sus gastos diarios.**

Después de recibir esta información se revisará su solicitud y se tomará una decisión.

Por favor, contacte a nuestra oficina después de aproximadamente 30 días para los resultados de la determinación.

¡Gracias!

Departamento de Servicios Financieros al Paciente

Memorial Hospital Healthcare Center

(812) 996-0637 (800) 852-7279

Fax (812) 996-8544

financialassistance@mhhcc.org

**MEMORIAL HOSPITAL AND HEALTH CARE CENTER**

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

**Llenar y completar la divulgación financiera es un requisito a manera de evaluar su solicitud para asistencia financiera. Si presenta información incompleta o insuficiente esto resultara en la negación de su solicitud.**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_No. SS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del conyugue\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_No. SS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado\_\_\_\_\_Codigo postal\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado civil\_\_\_\_Correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dependientes y/o miembros que viven en su vivienda

 Nombre/Edad/Relación Nombre/Edad/Relación

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_No. teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tarifa de pago $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora/Semana/Mes Duración de empleo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador del conyugue\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_No. teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tarifa de pago $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora/Semana/Mes Duración de empleo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro de salud grupal y/o seguro de salud privado Si No

Si contesto no, explicar por qué no hay cobertura de seguro de salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha solicitado Medicaid Si No

¿Si se le negó, cual fue la razón? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Otras fuentes de ingresos:**

 Solicitante Conyugue Otro

Seguro Social $\_\_\_\_\_\_\_\_mes $\_\_\_\_\_\_\_\_mes $\_\_\_\_\_\_\_\_mes

Fondos de pensión/jubilación $\_\_\_\_\_\_\_\_mes $\_\_\_\_\_\_\_\_mes $\_\_\_\_\_\_\_\_mes

Bienestar social / Asistencia pública $\_\_\_\_\_\_\_\_mes $\_\_\_\_\_\_\_\_mes $\_\_\_\_\_\_\_\_mes

Estampillas para alimentos $\_\_\_\_\_\_\_\_mes $\_\_\_\_\_\_\_\_mes $\_\_\_\_\_\_\_\_mes

Desempleo $\_\_\_\_\_\_\_\_mes $\_\_\_\_\_\_\_\_mes $\_\_\_\_\_\_\_\_mes

Pensión alimenticia $\_\_\_\_\_\_\_\_mes $\_\_\_\_\_\_\_\_mes $\_\_\_\_\_\_\_\_mes

Ingresos por ingreso / Acciones /

Bonos/Inversiones de CD $\_\_\_\_\_\_\_\_mes $\_\_\_\_\_\_\_\_mes $\_\_\_\_\_\_\_\_mes

Cuenta de cheques $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ahorros$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del banco\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Co-nombre Seguro de vida \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Valor en efectivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Propiedad personal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Valor de la vivienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vehiculos/Marca/Ano\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Valor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Obligaciones financieras: (Mensualmente)**

Renta $\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hipoteca $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular/Teléfono $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Internet/Cable $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Electricidad $\_\_\_\_\_\_\_Gas/Propano $\_\_\_\_\_\_\_ Comida $\_\_\_\_\_\_\_\_Guardería $\_\_\_\_\_\_ Otros $\_\_\_\_\_\_\_

Seguro de auto/propiedad $\_\_\_\_\_\_\_Vestimenta $\_\_\_\_\_\_\_\_Educación $\_\_\_\_\_\_\_Tarjetas de cobro $\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prestamos (¿a quién le debe?)

Institución financiera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pago mensual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institución financiera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pago mensual $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otras obligaciones/Comentarios\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Obligaciones medicas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Yo entiendo que la información que yo presente está sujeta a verificación por parte de esta instalación médica. Yo certifico que la información anterior es verdadera a mi leal saber y entender.**

Firma del paciente (Parte responsable) Fecha Número de teléfono

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA**

**PAUTAS PARA INGRESO CALIFICABLE MHHCC**

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha publicado en el Registro Federal sus

revisiones anuales de las pautas federales de pobreza. Estas pautas se usan como un criterio de elegibilidad en una serie de programas federales. La fecha de vigencia de las pautas para su uso en determinar niveles de servicio sin cuotas o de servicios reducidos será el 11 de enero, 2019.

Este aviso incluye pautas actualizadas del ingreso de pobreza para familias de una a ocho personas.

Rango aprobado

Tamaño de Pobreza MHHCC

Unidad familiar Pautas

 1 $12,490 $24,980

 2 $16,910 $33,820

 3 $21,330 $42,660

 4 $25,750 $51,500

 5 $30,170 $60,340

 6 $34,590 $69,180

 7 $39,010 $78,020

 8 $43,430 $86,860

Para familias/viviendas con más de 8 personas, agregar $4,420 por cada miembro adicional.



Estado de la Solicitud de Asistencia Financiera

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de aprobación/Negación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El paciente mencionado arriba ha llenado su solicitud de Asistencia Financiera

y ha sido:

\_\_\_\_ Aprobada para Asistencia Financiera por la cantidad de \_\_\_\_\_\_\_\_%

 De cargos (los cuales serán igual a AGB (Cantidades generalmente facturadas).

\_\_\_\_ Aprobada por 100% de atención caritativa.

\_\_\_\_ Negada por no cumplir con el procesamiento de la solicitud Claimaid/Medicaid.

\_\_\_\_ Negada por estar arriba de las pautas de ingreso FA aprobadas para 100% en \_\_\_\_\_\_\_\_. Carta de aprobación enviada al paciente para el programa.

\_\_\_\_ Negada por no cumplir con el proceso de Asistencia Financiera:

 (no ha terminado/proporcionado la documentación requerida).

\_\_\_\_ Los servicios que se excluyen de la elegibilidad para la Asistencia Financiera:

 Servicios cosméticos, auxiliares auditivos, procedimientos para la pérdida de peso,

 Procedimientos experimentales (incluidos dispositivos no aprobados por la FDA),

 Lentes de reemplazo de especialidad, servicios negados por el seguro por no tener autorización previa o no ser servicios de urgencias como resultado de estar fuera de red.

Si usted recibe facturas adicionales por parte de Memorial Hospital, usted tiene la responsabilidad de llamar al Defensor de Servicios Financieros al número que se incluye cada vez que recibe una factura.

Defensor de Servicios Financieros del Paciente

Memorial Hospital Healthcare Center

(812) 996-0637 Oficina

(800) 852-7279 Extensión 0637 o extensión 0413 Llamada gratuita



Estado de la Solicitud de Asistencia Financiera

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de aprobación/Negación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El paciente mencionado arriba ha llenado su solicitud de Asistencia Financiera

y ha sido:

\_\_\_\_ Aprobada para Asistencia Financiera por la cantidad de \_\_\_\_\_\_\_\_%

 De cargos (los cuales serán igual a AGB (Cantidades generalmente facturadas).

\_\_\_\_ Aprobada por 100% de atención caritativa.

\_\_\_\_ Negada por no cumplir con el procesamiento de la solicitud Claimaid/Medicaid.

\_\_\_\_ Negada por estar sobrecalificado para el programa.

\_\_\_\_ Negada por no cumplir con el proceso de Asistencia Financiera:

 (no ha terminado/proporcionado la documentación requerida).

\_\_\_\_ Los servicios que se excluyen de la elegibilidad para la Asistencia Financiera:

 Servicios cosméticos, auxiliares auditivos, procedimientos para la pérdida de peso,

 Procedimientos experimentales (incluidos dispositivos no aprobados por la FDA),

 Lentes de reemplazo de especialidad, servicios negados por el seguro por no tener autorización previa o no ser servicios de urgencias como resultado de estar fuera de red.

Si usted recibe cualquier factura por parte de Memorial Hospital, llamar al Defensor de Servicios Financieros al número que se incluye a continuación.

Defensor de Servicios Financieros del Paciente

Memorial Hospital Healthcare Center

(812) 996-0413 Oficina

(800) 852-7279 x 0413 Llamada gratuita



***Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Estimado(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Le estoy escribiendo en relación a su solicitud para asistencia financiera a través del programa de asistencia financiera de Memorial Hospital and Health Care Center.***

***Yo no he recibido toda la información requerida para el proceso de aplicación.***

**[] 1. Una carta que incluya todas las circunstancias que afectan su ingreso.**

**[] 2. Su declaración de impuestos, estados de cuenta bancarios y W2 de ganancias más recientes.**

**[] 3. Los dos talones de pago más recientes, incluso si ya no trabaja ahí.**

**[] 4. Comprobante de una carga otorgada por el Seguro Social, de discapacidad y/o de ingreso de pensión.**

**[] 5. Verificación de ingreso por desempleo, discapacidad a corto plazo, pensión alimenticia.**

**[] 6. Una lista de sus pagos médicos, cantidad total debida y a quien. Estampillas de comida.**

**[] 7. Gastos mensuales de su bolsillo para medicamentos con receta médica.**

**[] 8. Otros ingresos de la vivienda: impuestos, W2s, cheques de pago, estados de cuenta, pensión.**

**[] 9. Si no tiene ningún ingreso, proporcionar una carta de soporte y una**

 **Explicación de cómo paga sus gastos diarios.**

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Su solicitud no se puede considerar hasta que recibamos esta información.***

***Por favor, enviar o traer esta información a mi oficina lo más pronto posible.***

Después de recibir esta información se revisará su solicitud y se tomará una decisión. Nuestra oficina se pondrá en contacto con usted por escrito en aproximadamente 30 días para los resultados de la determinación.

***Gracias,***

***Defensor de Servicios Financieros del Paciente***

***Memorial Hospital and Healthcare Center***

***(812) 996-0637 (800) 852-7279 ext. 0637***

***Fax (812)-996-8544***



**PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Adjunto encontrara la solicitud para Asistencia Financiera del Memoria Hospital and Health Care Center. Esta solicitud se utilizará para determinar asistencia financiera total o parcial sobre las facturas que reúnan los requisitos.

**Se debe proporcionar divulgación financiera y documentos de soporte completos los cuales se usarán para evaluar su solicitud para amortizar su asistencia financiera. Llenar la solicitud de Asistencia Financiera y devolvérnosla dentro de 21 días.**

**Debe presentarse la siguiente información con la solicitud:**

**1. Una carta que incluya todas las circunstancias que afectan su ingreso.**

**2. Su declaración federal de impuestos más reciente y formularios W2 con un estado de cuenta bancario actual.**

**3. Los dos talones de pago más recientes, incluso si ya no trabaja ahí.**

**4. Comprobante o una copia de ingreso del seguro social, discapacidad y/o pensión.**

**5. Verificación de ingreso como desempleado, si corresponde.**

**6. Una lista de sus pagos médicos - incluida la cantidad total debida y a quien.**

**7. Gastos de su bolsillo para medicamentos con receta médica, mensual o anualmente.**

 **8. Si no tiene ningún ingreso, proporcionar una carta de soporte y una explicación**

 **de cómo paga sus gastos diarios.**

Después de recibir esta información se revisará su solicitud y se tomará una decisión. Nuestra oficina se pondrá en contacto con usted por escrito en aproximadamente 30 días para los resultados de la determinación.

Gracias,

Defensor de Servicios Financieros del Paciente

Memorial Hospital Healthcare Center

(812) 996-0637

(812)-996-0413

Fax 812-996-8544

 ******

|  |
| --- |
| **Fecha:**  |
| **Nombre:** |

Gracias por su interés en el Programa de Asistencia Financiera.

Su solicitud para consideración para asistencia financiera ha sido revisada.

Con base en la información que nos proporción, su ingreso excede las pautas para aprobación.

*Para hablar con un representante bilingüe o para programar un plan de pago, póngase en contacto con su Defensor Financiero durante de horario de oficina, de lunes a viernes de 8:00 a.m. A 4:30 p.m.*

|  |  |
| --- | --- |
| Representante de Servicios Financieros al Paciente | 812.996.0637/0413 |
| Represente del Centro de Llamadas | 812.996.0651 |

Gracias.

 

**Estado de la Solicitud de Asistencia Financiera**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del paciente:**  | **Fecha de revisión/Aprobación:**  |

 **El paciente mencionado arriba ha llenado su solicitud de Asistencia Financiera y ha sido:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Aprobada para Asistencia Financiera por la cantidad de \_\_\_\_\_\_\_\_% |
|  | Aprobada para 100% de asistencia financiera |
|  | Negada - no cumplió con el procesamiento de la solicitud ClaimAid/Medicaid  |
|  | Negada - sobrecalificado para el programa  |
|  | Negada - por no cumplir con el proceso de Asistencia Financiera |
|  | Servicios excluidos de la elegibilidad para la Asistencia Financiera: Procedimientos cosméticos, auxiliares auditivos, cirugía para pérdida de peso, lentes de reemplazo de especialidad, autorización negada por el seguro, servicios fuera de red para servicios que no son de emergencia. |
|  | Si usted recibir facturas adicionales por parte de Memorial Hospital and Health Care Center, por favor llame al Defensor Financiero incluido a continuación.  |

Defensor de Servicios Financieros del Paciente

Memorial Hospital and Health Care Center

Teléfono: 812.996.0637 o llamada sin cobro: 800.852.7279, extensión 0637 o 0413