

Hospital Coquille Valley

Formato de Solicitud de Cuidado de Caridad/Asistencia Financiera – Confidencial

Por favor llene la información completamente. Si no aplica, escriba "NA." Adjunte hojas adicionales si es necesario.

INFORMACION DE VERIFICACION

¿Necesita un interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si sí, escriba su lenguaje de preferencia:</i>
¿El paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>puede ser necesario que lo solicite antes de considerarse para asistencia financiera</i>
¿El paciente recibe servicios publicos estatales como TANF, Basic Food, o WIC? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿El paciente actualmente está sin hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿La atención médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión laboral? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

POR FAVOR CONSIDERE

- No podemos garantizar que calificará para recibir asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez envía su solicitud, podemos verificar toda la información y solicitar información adicional o comprobante de sus ingresos.
- Dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud y documentación completadas, le notificaremos si califica para asistencia.

INFORMACION DEL PACIENTE Y SOLICITANTE

Primer nombre del paciente	Segundo nombre del paciente	Apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social del paciente (opcional*) <small>* opcional, pero se necesita para una asistencia más generosa por encima de los requisitos de la ley estatal</small>
Persona Responsable de Pagar la Cuenta	Relación al Paciente	Fecha de Nac.
Dirección de Correo	Numero de Seguro Social del paciente (opcional*) <small>*opcional, pero se necesita para una asistencia más generosa por encima de los requisitos de la ley estatal</small>	
Ciudad	Estado	Código Postal
Situación laboral de la persona responsable del pago de la cuenta		Numero(s) Principales de Contacto () _____ () _____ Dirección de Email: _____
<input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (tiempo de desempleo: _____) <input type="checkbox"/> Auto-Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Otro (_____)		

INFORMACION FAMILIAR

Enliste a los miembros de la familia en su hogar, incluido usted. "Familia" incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____

Adjunte pagina adicional si es necesario

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación al Paciente	Si tiene 18 años o más: Nombre del empleador o fuente de ingresos	Si tiene 18 años o más: Total de ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):	¿También solicita asistencia financiera?
					Si / No
					Si / No
					Si / No
					Si / No

Los ingresos de todos los miembros adultos de la familia deben ser revelados. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:
 - Salarios - Desempleo - Auto-empleo - Compensación de Trabajo - Incapacidad - SSI - Manutención de hijos/cónyuge
 - Programas de estudio (estudiante) - Pensión - Distribuciones de Cuenta de Retiro - Otro (*por favor explique* _____)

Hospital Coquille Valley

Formato de Solicitud de Cuidado de Caridad/Asistencia Financiera – Confidencial

INFORMACION DE INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir comprobante de ingresos con su solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Se requiere verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera. **Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben revelar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración firmada por escrito que describa sus ingresos. Proporcione pruebas de cada fuente de ingresos identificada. Para ser considerado completo, una solicitud presentada debe incluir la siguiente información de ingresos:**

- Copia completa del Formulario 1040 del IRS presentado más recientemente y todos los cronogramas de respaldo
- Copia completa del Formulario 40 de Oregon (u otra declaración de impuestos estatales) presentado más recientemente y todos los cronogramas
- Formulario 1099 del Seguro Social (si corresponde); o
- Recibos de pago actuales (3 meses); o
- Aprobación / denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación / denegación de elegibilidad para compensación por desempleo.

Si no tiene comprobante de ingresos o no tiene ingresos, adjunte una página adicional con una explicación y los estados de cuenta bancarios de los últimos 3 meses.

INFORMACION DE GASTOS

Utilizamos esta información para obtener una imagen más completa de su situación financiera.

Gastos Mensuales del Hogar:

Renta/hipoteca	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Primas de Seguro	\$ _____	Utilidades	\$ _____
Otras Deudas/Gastos	\$ _____	<i>(manutención de niños, préstamos, medicamentos, otro)</i>	

INFORMACION DE ACTIVOS

Esta información puede usarse si su ingreso es superior al 101% de las Pautas Federales de Pobreza.

Saldo actual de la cuenta corriente \$ _____	¿Tiene su familia estos otros activos? Por favor marque todos los que apliquen
Saldo en cuenta corriente de ahorro \$ _____	<input type="checkbox"/> Acciones <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros de Salud <input type="checkbox"/> Fideicomiso (s) <input type="checkbox"/> Propiedad personal o real (excluyendo residencia) <input type="checkbox"/> Dueño de Negocio

INFORMACION ADICIONAL

Adjunte una página adicional si hay otra información sobre su situación financiera actual que desea que sepamos, como dificultades financieras, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales o pérdidas personales.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que el Hospital Coquille Valley puede verificar la información revisando la información de crédito y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para asistencia financiera o planes de pago.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que si se determina que la información financiera que proporciono es falsa, el resultado puede ser la denegación de asistencia financiera, y puedo ser responsable y esperar pagar los servicios prestados.

Firma de la Persona Solicitante

Fecha