

Hospital Coquille Valley

Formulario de solicitud de Atención caritativa/ayuda financiera - confidencial

Rellene toda la información. Si no corresponde, escriba "NA". Adjunte páginas adicionales si es necesario.

INFORMACIÓN SOBRE EL CRIBADO

¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, indique el idioma preferido:</i>
Ha solicitado el paciente Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Es posible que tenga que solicitarlo antes de que se le tenga en cuenta para recibir ayuda económica</i>
Recibe el paciente servicios públicos estatales como TANF, Basic Food o WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Está el paciente actualmente sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La necesidad de atención médica del paciente, ¿está relacionada con un accidente de tráfico o una lesión laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizarle que pueda optar a una ayuda financiera, aunque la solicite.
- Una vez que envíe su solicitud, podremos comprobar toda la información y pedirle información adicional o pruebas de ingresos.
- En un plazo de 30 días naturales a partir de la recepción de su solicitud cumplimentada y de la documentación, le notificaremos si puede optar a la ayuda.

INFORMACIÓN SOBRE PACIENTES Y SOLICITANTES

Nombre del paciente	Segundo nombre del paciente	Apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otros (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento	Número de la Seguridad Social del paciente (opcional*) <small>*opcional, pero necesario para una ayuda más generosa que la exigida por la ley estatal</small>
Persona responsable del pago de la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento
		Número de la Seguridad Social (opcional*) <small>*opcional, pero necesario para una ayuda más generosa que la exigida por la ley estatal</small>
Dirección postal _____ _____	Número(s) de contacto principal(es) () _____ () _____ Correo electrónico: _____	
Ciudad	Estado	Código postal
Situación laboral de la persona responsable del pago de la factura <input type="checkbox"/> Empleado (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (cuánto tiempo lleva desempleado: _____) <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro (_____)		

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Enumere a los miembros de su familia, incluido usted. "Familia" incluye a las personas emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____ *Adjunte una página adicional si es necesario*

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años o más: Nombre de la(s) empresa(s) o fuente de ingresos	Si tiene 18 años o más: Ingresos mensuales brutos totales (antes de impuestos):	¿También solicita ayuda financiera?
		TTULAR			Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

Deben declararse los ingresos de todos los miembros mayores de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo
 - Salarios - Desempleo - trabajo autónomo - Indemnización laboral - Invalidez - SSI - Manutención de los hijos y del cónyuge
 - Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de retiro - Otros (*explique* _____)

Hospital Coquille Valley

Formulario de solicitud de Atención caritativa /ayuda financiera - confidencial

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

RECUERDE: Debe adjuntar a su solicitud un justificante de ingresos.

Debe facilitar información sobre los ingresos de su familia. La verificación de los ingresos es necesaria para determinar la ayuda financiera.

Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben declarar sus ingresos. Si no puede aportar documentación, puede presentar una declaración escrita y firmada en la que describa sus ingresos. Por favor, proporcione pruebas de cada fuente de ingresos identificada.

Para que se considere completa, la solicitud presentada debe incluir la siguiente información sobre los ingresos:

- Copia completa del último formulario 1040 del IRS presentado y todos los anexos correspondientes (si corresponde)
- Copia completa de la última declaración de impuestos de Oregón (u otro estado) Formulario 40 y todos los anexos (si procede)
- Formulario 1099 de la Seguridad Social (si procede); o
- Recibos de sueldo actuales (3 meses); o
- Aprobación o denegación del derecho a Medicaid o a la asistencia médica financiada por el Estado.
- Aprobación/denegación del derecho al subsidio de desempleo.

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

INFORMACIÓN SOBRE GASTOS

Utilizamos esta información para hacernos una idea más completa de su situación financiera.

Gastos mensuales del hogar:

Alquiler/hipoteca \$ _____ Gastos médicos \$ _____
Primas de seguros \$ _____ Servicios públicos \$ _____
Otras deudas/gastos \$ _____ (manutención, préstamos, medicamentos, otros)

INFORMACIÓN SOBRE ACTIVOS

Esta información puede utilizarse si sus ingresos superan el 101% de las Directrices Federales de Pobreza.

Saldo actual de la cuenta corriente

\$ _____

Saldo de la cuenta de ahorro corriente

\$ _____

¿Tiene su familia estos otros activos?

Por favor, marque todo lo que corresponda

- Acciones Bonos 401K Cuenta(s) de ahorro de salud Fideicomiso(s)
 Propiedad (excluida la residencia principal) Negocio

INFORMACIÓN ADICIONAL

Por favor, adjunte una página adicional si hay alguna otra información sobre su situación económica actual que desee que conozcamos, como dificultades económicas, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales, o pérdidas personales.

ACUERDO CON EL PACIENTE

Entiendo que Coquille Valley Hospital puede verificar información revisando 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 mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que proporciono es falsa, el resultado puede ser la denegación de la asistencia financiera, y puedo ser responsable de los servicios prestados y se espera que los pague.

Firma de la persona que presenta la solicitud

Fecha