**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA / CUIDADO DE CARIDAD**

|  |  |
| --- | --- |
| Pautas de pobreza 2022 | |
| Tamaño del hogar | Directriz de pobreza |
| 1 | $ 13.509.00 |
| 2 | $ 18,310.00 |
| 3 | $ 23,030.00 |
| 4 | $ 27,750.00 |
| 5 | $ 32,470.00 |
| 6 | $ 37,190.00 |
| 7 | $ 41,910.00 |
| 8 | $46,630.00 |
| Cada adicional | + $ 4,720.00 |

Importante: PUEDE RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO: Completar esta solicitud ayudará a Shenandoah Medical Center a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que pueden ayudarlo a pagar su atención médica. Envíe esta solicitud al hospital. SI NO TIENE SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA CUIDADO GRATUITO O CON DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un número de seguro social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No es necesario proporcionar un número de seguro social, pero ayudará al hospital a determinar si califica para algún programa público.

Complete el formulario completo y envíelo a Shenandoah Medical Center en persona o por correo para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 60 días posteriores a la fecha de alta o recepción de la atención ambulatoria.

El paciente reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información solicitada en la solicitud para ayudar al hospital a determinar la elegibilidad.

***\* Tenga en cuenta: la solicitud debe completarse en su totalidad para ser considerada.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Instrucciones: COMPLETE LA SOLICITUD COMPLETA Y FIRME LA AUTORIZACIÓN PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN** | | |
| **INFORMACIÓN DEL PACIENTE** | | |
| Dirección de correo electrónico | | Tamaño de la familia |
| Apellido nombre | Fecha de nacimiento | Número de seguridad social |
| Calle N. ° de apartamento Ciudad ST Código postal | | Teléfono de casa |
| Empleador (N / A si está desempleado) Dirección | | Teléfono móvil |
| Ciudad (\*): Estado (\*): Código postal | Ingreso mensual | Teléfono del trabajo |
| Compañía de seguros primaria | Compañía de seguros secundaria | |
| **GARANTE / CÓNYUGE (SI ES RESPONSABLE, PACIENTE SI ES MENOR)** | Relación con el paciente | Fecha de nacimiento |
| Dirección de correo electrónico | | |
| Apellido nombre | | Teléfono de casa |
| Empleador (N / A si está desempleado) Dirección | | Teléfono móvil |
| Ciudad (\*): Estado (\*): Código postal | Ingreso mensual | Teléfono del trabajo |
| Compañía de seguros primaria | Compañía de seguros secundaria | |

**INFORMACION DE INGRESOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ingresos mensuales** | **Paciente** | **Esposa** | **Fiesta responsable** | **Niños trabajando** |
| Salario mensual bruto |  |  |  |  |
| Beneficio de asistencia pública |  |  |  |  |
| Beneficio de desempleo |  |  |  |  |
| Beneficio de seguridad social |  |  |  |  |
| Compensación laboral |  |  |  |  |
| Manutención de los hijos |  |  |  |  |
| Otros (pensión alimenticia, pensión, seguro de vida, beneficios de la Administración de Veteranos, discapacidad) |  |  |  |  |
| Total |  |  |  |  |

Ingreso familiar total: ­­PS

¿Ha solicitado Medicaid? SÍ NO (circulo)

MIEMBROS DEPENDIENTES DEL HOGAR

Un dependiente es una persona distinta del solicitante o cónyuge que ha sido identificada como tal por el servicio de impuestos internos. El dependiente debe ser un niño de 18 años o menos y / o un estudiante de secundaria o un adulto dependiente según lo define el Departamento de Servicios Humanos. El dependiente debe residir con el solicitante y tener una relación familiar con el solicitante.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre | Años | Relación |
|  |  | YO |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Proporcione toda la documentación necesaria para cada miembro del hogar, según corresponda:

1. Una copia de la identificación emitida por el gobierno (licencia de conducir, identificación estatal, identificación militar)
2. Una copia de la carta de denegación de Medicaid.
3. Copia de la declaración de impuestos del año fiscal más reciente, incluidos todos los anexos, formularios W-2 y 1099.
4. Extracto bancario de tres meses
5. Una copia del talón de pago más reciente
6. Si tiene ingresos del seguro social: una copia del cheque o una copia de la carta de beneficios.
7. Si está desempleado: verificación de cualquier compensación recibida. Ejemplo: compensación por desempleo, compensación laboral.

Puede recibir ingresos o manutención de otra fuente, por ejemplo: SSA, discapacidad, manutención de menores, pensión alimenticia, compensación por desempleo o trabajador, pensión o discapacidad de veterano, TANF, ingresos por jubilación u otros ingresos. Indique la fuente y la cantidad de ingresos.

**Otra información:**Si tiene documentos adicionales que puedan ayudar a SMC a tomar una determinación con respecto a su solicitud, como grandes facturas pendientes que mostrarían dificultades financieras, proporcione esos documentos (por ejemplo: facturas de teléfono, facturas de electricidad, facturas médicas, etc.). Tenga en cuenta: No se considerarán tarjetas de crédito rotativas.

**CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**: Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicitaré asistencia estatal, federal o local para la cual pueda ser elegible para ayudar a pagar las facturas de mi hospital / clínica. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el SMC, y autorizo ​​a SMC a contactar a terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si a sabiendas proporciono información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que se me otorgue puede ser revertida y seré responsable del pago de las facturas médicas. Toda la información obtenida en el proceso de solicitud será confidencial y estará protegida por los derechos de privacidad del paciente.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En el caso de solicitudes incompletas, se notificará al solicitante por escrito de toda la información o documentación requerida para completar la solicitud. Se informará al solicitante que esta información debe recibirse dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que se envió el matasellos de la notificación. Si el solicitante no responde con la información necesaria para completar la solicitud dentro del plazo de 30 días, se rechazará la solicitud de asistencia.

Puede devolver su solicitud de atención caritativa completa y los documentos a:

Centro médico Shenandoah

Attn: Financial Counselor

300 Pershing Ave., Shenandoah IA 51601.

Si tiene preguntas, llame al asesor financiero al (712) 246-7201.