

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Teléfono particular _____
Empleador _____ Tamaño de la familia _____
Nombres de los miembros de la familia: _____

SITUACIÓN FINANCIERA:

Ingresos: indique los ingresos totales del hogar.

Empleador: _\$ _____ Desempleo: _\$ _____
Seguro Social: _\$ _____ Discapacidad: _\$ _____
Manutención de los hijos: _\$ _____ Otros: _\$ _____

ACTIVOS:

Cuenta corriente: sí no Cuenta de ahorros: sí no CD: sí no Otro: sí no

GASTOS MENSUALES: indique el monto, si no tiene uno, explique el motivo.

Alquiler/Hipoteca: _____ Electricidad/Calefacción: _____
Agua: _____ Comida: _____
Préstamo para automóvil: _____ Seguro del automóvil: _____
Costos de transporte: _____
Teléfono: _____ Cable/TV: _____
Facturación en cuotas: _____
Atención médica/odontológica: _____
Otros gastos: _____

PREGUNTAS DE LA EVALUACIÓN:

1. ¿Recibe algún beneficio del Departamento de Servicios para Niños y Familias (Department of Children and Family, DCF)?

En caso afirmativo, ¿qué recibe?

2. ¿Tiene una discapacidad? Sí No ¿Cuál es su discapacidad? _____

Fecha en que comenzó la discapacidad: _____

3. ¿Tiene un hijo con discapacidad? _____

¿Recibe Seguro Social por Incapacidad (Social Security Disability Insurance, SSDI)? _____

En caso afirmativo, ¿cuánto?: _____

4. ¿Está embarazada? _____ En caso afirmativo, ¿cuál es su fecha de parto? _____

5. Motivo de la necesidad de hospitalización/clínica: _____

6. Fecha de hospitalización: _____

7. Monto de la factura del hospital/clínica: _____

8. Motivo de la solicitud: _____

9. ¿Quién es su médico de atención primaria? _____

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Certifico que esta información es veraz y por el presente autorizo a Nemaha Valley Community Hospital a verificar dicha información.

Elementos que deben acompañar a la solicitud:

- a) Copia de todas las declaraciones de ingresos (talones de pago) de los últimos tres meses.
- b) Copia de los estados de cuenta corriente y de ahorros de los últimos tres meses.
- c) Copia de la declaración de impuestos federales más reciente.

*La información anterior debe recibirse junto con la solicitud, de lo contrario la misma se considerará incompleta y podría demorar la determinación. La asistencia financiera no es un sustituto de la responsabilidad personal y se espera que todos los pacientes contribuyan con el costo de su atención en función de su capacidad individual de pago.

Envíe la solicitud y la documentación en un plazo de 30 días a:

Nemaha Valley Community Hospital
Attention: Business Office
1600 Community Drive
Seneca, KS 66538

*Es posible que se requiera una denegación de Medicaid o Healthwave antes de aprobar la solicitud. Si usted debe solicitar estos servicios, se lo notificaremos. Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar la solicitud, llame a Deanna Wullschleger al 785-336-0434 o Karla Hermes al 785-336-0421.

Área de Servicios Financieros

Fecha de recepción: _____ Solicitud revisada por: _____

¿Esta solicitud justifica una denegación de Medicaid o de Healthwave? _____

Información recibida:

____ Copia de las declaraciones de ingresos de los últimos tres meses. ____ Copia de cualquier activo

____ Copia de la declaración de impuestos federales más reciente

____ Copia de la denegación de Medicaid o Healthwave si es necesario

Patrocinio determinado: Completo - Parcial - Pendiente - Denegado (encierre una de las opciones con un círculo)

Hoja de trabajo de Sponsored Care completa: Sí No

Acuse de recibo devuelto al solicitante _____ (fecha/iniciales)