

McGehee Hospital

Solicitud de Asistencia Financiera

McGehee Hospital proporcionará asistencia financiera a los pacientes y sus familias que cumplan con ciertos criterios establecidos. Este programa está destinado a ayudar a aquellos que necesitan grados de asistencia financiera. Cualquier persona puede solicitar asistencia; sin embargo, cada solicitante será evaluado caso por caso. Es la intención de nuestro programa ayudar a los necesitados, y al hacerlo puede ser necesario de vez en cuando para ponerse en contacto con usted o su familia para obtener actualizaciones sobre su situación financiera. La asistencia financiera no se aplica a los servicios que se proporcionan fuera de nuestro hospital. Gracias por su cooperación y esperamos poder servirle.

Los pacientes que exceden las pautas de ingresos pueden ser reconsiderados cuando se aplican circunstancias especiales. Vea la tabla a continuación para los requisitos de ingresos. Las directrices financieras son las siguientes.

McGehee Hospital

PAUTAS DE POBREZA 2023 PARA LOS 48 ESTADOS CONTIGUOS Y EL DISTRITO DE COLUMBIA

Personas en la familia/hogar	
Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$5,500 por cada persona	
1	\$15,650
2	\$21,150
3	\$26,650
4	\$32,150
5	\$37,650
6	\$43,150
7	\$48,650
8	\$54,150

Todas las solicitudes de asistencia financiera deben ser entregados a la oficina de frente / negocios.

McGehee Hospital

Solicitud de Asistencia Financiera

(Nota: Esta solicitud debe ser llenada completamente para ser considerada)

Sección 1

Nombre de los solicitantes: _____

SS# _____ DOB: ____

Dirección (física): _____

Dirección (Mailing): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Condado: _____ Zip: _____

Ocupación actual: _____

Empleador: _____

Empleador anterior: _____

Sección 2

Ingresos: Enumere los ingresos de todas las fuentes de la familia o el hogar.

<u>Fuente de ingresos</u>	<u>Total mensual</u>	<u>Total trimestral (últimos 3 meses)</u>
salario	\$	\$
Explotación agrícola o autoempleo	\$	\$
Asistencia Pública	\$	\$
seguridad social	\$	\$
Compensación por desempleo	\$	\$
Compensación al Trabajador	\$	\$
Pensión alimenticia / Manutención de los hijos	\$	\$
Pensiones	\$	\$
Dividendos, Intereses, Alquiler	\$	\$
Otras fuentes de ingresos	\$	\$

Sección 3

Otra información: Enumere toda la información de los miembros de la familia o del hogar.

<u>Otra información</u>	<u>Saldo mensual</u>	<u>Saldo trimestral (últimos 3 meses)</u>
Lista bancaria (cuenta corriente / de ahorros) y saldo	\$	\$
Lista de tarjetas de crédito, incluido el importe	\$	\$

Sección 4

Tamaño de la familia / hogar:

<u>nombre</u>	<u>Relación / Edad</u>

Sección 5

1. ¿Eres dueño de tu casa o alquilas? _____ Arrendador: _____

2. ¿Ha solicitado Medicaid o AR Kids? _____

a. En caso afirmativo, ¿cuándo presentó su solicitud? _____

b. ¿Por qué se le negó? _____

3. ¿Qué medidas está tomando para mejorar su situación financiera actual? _____

Sección 6

Por la presente solicito que el Hospital McGehee haga una determinación de mi elegibilidad para la asistencia financiera con el fin de cubrir los servicios incurridos. Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi entender. No he hecho declaraciones falsas, errores u omisiones. Si alguna información que he dado resulta ser falsa, entiendo que esto constituye fraude y que el Hospital puede buscar acciones legales según lo considere necesario.

AVISO: SE DEBEN PROPORCIONAR COPIAS DE LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL DE TODA LA INFORMACIÓN CON LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA. TAMBIÉN DEBE PROPORCIONAR UNA COPIA COMPLETA DE SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS ACTUAL, INCLUIDAS COPIAS DE TODOS LOS FORMULARIOS W-2 Y 1099.

Firma: _____

Fecha: _____

McGehee Hospital no tiene ninguna obligación legal de proporcionar esta asistencia financiera. Lo hace con el fin de ayudar a los miembros de la comunidad que están tratando activamente de ayudarse a sí mismos. McGehee Hospital se reserva el derecho de negar asistencia financiera a cualquier persona dependiendo de los hechos y circunstancias particulares de cada caso.

La aprobación de la elegibilidad para la asistencia financiera permanece en vigor durante un año después de la determinación inicial