

DEVOLVER ANTES DEL: _____



**Campbell County
Memorial Hospital**
CAMPBELL COUNTY HEALTH

**Pautas de ingresos para recibir
asistencia hospitalaria**

33 % SOBRE LAS NORMAS FEDERALES DE POBREZA			34 % - 50 % SOBRE LAS NORMAS FEDERALES DE POBREZA		
100 % de descuento			75 % de descuento		
Tamaño del hogar	Ingresos brutos anuales mínimos	Ingresos brutos anuales máximos	Tamaño del hogar	Ingresos brutos anuales mínimos	Ingresos brutos anuales máximos
1	- 0 -	16,039.80	1	16,040.80	18,090.00
2	- 0 -	21,599.20	2	21,600.20	24,360.00
3	- 0 -	27,158.60	3	27,159.60	30,630.00
4	- 0 -	32,718.00	4	32,719.00	36,900.00
5	- 0 -	38,277.40	5	38,278.40	43,170.00
6	- 0 -	43,836.80	6	43,837.80	49,440.00
7	- 0 -	49,396.20	7	49,397.20	55,710.00
8	- 0 -	54,955.60	8	54,956.60	61,980.00
9	- 0 -	60,515.00	9	60,516.00	68,250.00
10	- 0 -	66,074.40	10	66,075.40	74,520.00

51 % - 85 % SOBRE LAS NORMAS FEDERALES DE POBREZA		
50 % de descuento		
Tamaño del hogar	Ingresos brutos anuales mínimos	Ingresos brutos anuales máximos
1	18,091.00	22,311.00
2	24,361.00	30,044.00
3	30,631.00	37,777.00
4	36,901.00	45,510.00
5	43,171.00	53,243.00
6	49,441.00	60,976.00
7	55,711.00	68,709.00
8	61,981.00	76,442.00
9	68,251.00	84,175.00
10	74,521.00	91,908.00

****Si los ingresos exceden los niveles requeridos y sus gastos médicos de desembolso directo en la Clínica CCMH equivalen al 40 % de sus ingresos anuales, usted podría reunir los requisitos para ingresar al programa de gastos catastróficos.**

Para calificar, deberá haber residido en el Condado de Campbell durante 12 meses.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

1. Escriba el nombre del garante, la relación con el paciente, la fecha de nacimiento y el número del seguro social del garante. Si el garante fuera el paciente, complete el campo con la palabra "Misma persona".
2. Escriba la dirección del garante, el teléfono de la casa y el tiempo que ha residido en esa dirección.
3. Indique la dirección anterior del garante (si ha vivido allí menos de dos años), su estado civil y la cantidad de personas que viven en el hogar.
4. Enumere los nombres y las edades de los dependientes.
5. Complete la información del empleador del garante o del paciente, dependiendo de quién será responsable del saldo. Complete el nombre del empleador, su dirección, el nombre del puesto del garante/paciente, y el tiempo que lleva en el empleo. Incluya además el teléfono del trabajo del garante/paciente, su sueldo por hora o por mes y los ingresos mensuales (brutos). Si no estuviera empleado, especifique cómo paga los gastos.
6. Complete la información sobre el empleador previo del garante/paciente. Esto incluye el nombre y la dirección del empleador, el nombre del puesto del garante/paciente y el tiempo que lleva en el empleo, su teléfono del trabajo y su sueldo por hora y los ingresos mensuales (brutos). Si no existiera un empleo anterior, marque "N/C".
7. Complete la información sobre los ingresos del cónyuge del garante/paciente. Incluya el nombre y la dirección del empleador, el nombre del puesto/tiempo que lleva en el empleo, el teléfono del trabajo, el sueldo por hora y sus ingresos mensuales (brutos). Si el/la cónyuge estuviera desempleado/a, o si no tuviera, marque "N/C".
8. Complete las preguntas relacionadas con Medicaid y cualquier otro tipo de programa de asistencia del estado/condado. Indique si ha solicitado asistencia (y en qué fecha). Indique el nombre y número telefónico de la persona asignada a su caso. Puede adjuntar una hoja aparte, si fuera necesario. Marque N/C si este campo no le corresponde.
9. Complete las preguntas relacionadas con la información de Quiebra y de Propietario de vivienda.
10. Complete la información bancaria según se solicite, e indique el nombre del banco. Indique el número de la cuenta corriente y el saldo promedio de la misma. Repita el proceso en el campo de cuenta de ahorro. Si no tiene cuenta de ahorro, marque el "N/C".
11. Complete la sección relacionada con otros activos que pueda tener. Esto incluye acciones, bonos de deuda, propiedades, embarcaciones y comercios que sean de su propiedad. Utilice hojas adicionales, si fuera necesario para brindar información detallada. Si no tiene activos adicionales, marque "N/C".

CÓMO COMPLETAR LA SECCIÓN DE GASTOS MENSUALES:

RENTA/HIPOTECA: Verifique el monto que paga en concepto de renta o hipoteca. Indique la persona a quien le realiza los pagos, el número de cuenta y el saldo restante actual. Si no paga renta o hipoteca, indique por qué no lo hace o si vive con parientes o con terceros. Utilice hojas adicionales, si lo requiere.

SERVICIOS PÚBLICOS: Indique el monto mensual que paga en concepto de electricidad, gas, agua, recolección de basura y otros servicios públicos. Sume esos montos e indique el total (la suma de todos) en la sección de servicios públicos. Si no paga mensualmente ningún servicio público, marque "N/C" en esta sección y explique por qué. Utilice una hoja adicional, si lo requiere.

GASTOS DEL VEHÍCULO: Indique el fabricante/modelo/año de fabricación del vehículo. Incluya además el monto de pago y el saldo restante, si corresponde. Indique el monto que paga mensualmente, relacionado a su vehículo, para cubrir sus necesidades de transporte. Si no realiza pagos mensuales en concepto de combustible, marque el campo con un "N/C". Especifique el monto mensual total que paga en concepto de seguro de vehículo. Si lo paga trimestralmente, divida el pago entre tres e indique el resultado en esta sección. Si lo paga semestralmente, divida el total entre seis e indique el resultado en esta sección. Si no realiza pagos mensuales, marque esta sección con un "N/C".

TARJETAS DE CRÉDITO: Indique cualquier pago que esté realizando por cargos en su tarjeta de crédito. Especifique el monto de pago mensual, la entidad a la que le realiza los pagos, el número de cuenta y el saldo restante actual. Indique el límite de crédito de cada tarjeta. Utilice hojas adicionales, si fuera necesario para completar este campo. Si no posee tarjetas con cargos, complete con "N/C".

PRÉSTAMOS BANCARIOS: Indique cualquier préstamo bancario que esté pagando. Especifique el monto de pago mensual, la entidad a la que le realiza los pagos, el número de cuenta y el saldo restante actual. Utilice hojas adicionales, si fuera necesario para explicar este campo en detalle. Si no posee préstamos bancarios, marque "N/C".

PRÉSTAMOS ESTUDIANTILES: Indique los préstamos estudiantiles que esté pagando. Estos incluyen, a modo de ejemplo, préstamos universitarios, préstamos de escuelas privadas (o de matrícula), gastos de guarderías, o cualquier otro tipo de préstamos que se aplique a la educación. Utilice hojas adicionales, si lo requiere. Especifique si se encuentra pagando préstamos estudiantiles, etc. Marque "N/C" si este campo no le corresponde.

ALIMENTOS: Especifique el monto mensual que paga en concepto de alimentos.

MEDICAMENTOS: Sume los montos mensuales que paga para cubrir sus necesidades de medicamentos. Si toma varios medicamentos con receta, sume los montos y coloque el total en esta sección. Si no realiza pagos mensuales por medicamentos, complete la sección con un "N/C".

PAGOS MENSUALES TOTALES: Sume todos los pagos anteriores y coloque el resultado en esta sección.

iiiiiii**LEA LA LETRA PEQUEÑA!!!!!!!!**

DOCUMENTACIÓN: Tenga en cuenta que su firma indica que ha aceptado adjuntar la verificación de todos los ingresos. Si no hubiera ingresos, especifique cómo se afrontan los gastos. Es importante explicar íntegramente la falta de ingresos para poder considerar su solicitud de manera exhaustiva. Si el garante/paciente o el cónyuge es un empleado independiente, adjunte los estados de cuenta bancarios correspondientes a los últimos 2 o 3 meses. Debe adjuntar toda la documentación para que se considere su solicitud de manera exhaustiva. Si la solicitud no está completa, le será devuelta. No seremos responsables de dar seguimiento a las solicitudes incompletas.

USTED AFIRMA QUE:

1. El garante/paciente ha completado con exactitud el presente formulario.
2. El garante/paciente solicitará asistencia financiera para pagar esta factura. Dicha asistencia podrá incluir solicitar un préstamo bancario o pagar el saldo con una tarjeta de crédito.
3. Autoriza a Campbell County Memorial Hospital a obtener información crediticia y a realizar una verificación de crédito.

**SI TIENE DUDAS, COMUNÍQUESE CON
SHAWN AL (307) 688-1404**

Solicitud estandarizada de asistencia financiera

Nombre del garante:	# de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	# de cuenta del garante:
Nombre del cónyuge:	# de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	# de cuenta del garante
Dirección del garante:	Ciudad, estado, código postal:	Teléfono de la casa:	Tiempo que ha vivido en esa dirección:
Dirección anterior: (menos de 2 años)	Ciudad, estado, código postal:	Estado civil:	# de personas en el hogar:
Nombre/relación	Fecha de nacimiento	# de Seguro Social	Empleador
Empleador del garante	Tiempo que lleva en el empleo	Dirección	Empleador anterior
Empleador del cónyuge	Tiempo que lleva en el empleo	Dirección	Empleador anterior
Puesto/tiempo que lleva en el empleo			
# de teléfono del trabajo			
Sueldo por hora			
ingresos mensuales brutos			
Para uso exclusivo de la oficina	Ingresos anuales	Para uso exclusivo de la oficina	
	Ingresos brutos de la familia:	Ingresos brutos de la familia:	
Ingresos del garante:			
Ingresos del cónyuge:			
Otros ingresos (incluye manutención)			
Total			
DEJE EN BLANCO LA INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS ANUALES			
¿Ha solicitado Medicaid u otro tipo de asistencia estatal/del condado? (marque una opción)		Sí _____ No _____	
Fecha de la solicitud:	Nombre/teléfono de la persona a cargo del caso:		

¿Ha presentado la quiebra? (marque una opción)		Sí _____ No _____
Capítulo 7		Capítulo 13
Fecha de presentación/otorgamiento:		Fecha de presentación/otorgamiento:
¿Es el dueño de su vivienda? (marque una opción)		Sí _____ No _____
Valor aproximado en dólares	Saldo de préstamo	Años restantes para cancelar el préstamo

Información Bancaria

Nombre del banco	# de cuenta corriente	Saldo promedio de la cuenta corriente
	# de cuenta de ahorro	Saldo promedio de la cuenta de ahorro

Otros activos (acciones, bonos de deuda, propiedades, embarcaciones, comercios, etc.)

Obligaciones financieras mensuales

Descripción	# de cuenta	Pago mensual	Saldo
Vivienda: Renta - pagos bancarios			
Servicios públicos: Electricidad			
Calefacción			
Agua			
Recolección de basura			
Teléfono			
Servicio de Cable o Internet			
Gastos de vehículo	Fabricante/modelo/año de fabricación	Monto del pago	Saldo pendiente
Mantenimiento de vehículo			
Seguro de vehículo			
Total de gastos de vehículo			
Tarjetas de crédito:			
Préstamos bancarios:			
Alimentos:			
Seguro médico:			
Medicamentos con receta médica:			
Gastos totales:			

NO SE EVALUARÁ LA SOLICITUD SI NO SE PRESENTA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO:

Requisitos de documentación de ingresos, si corresponde:

- _____ Boletas de pago del año, hasta la fecha: Incluir TODOS los ingresos del hogar
- _____ Declaración de impuestos del presente año
- _____ Beneficios del Seguro Social: Carta de beneficio por ingresos anuales del Seguro Social
- _____ Manutención: Documentación de manutención o carta de una autoridad de asistencia a menores que niegue la recepción de manutención
- _____ Cualquier otra fuente de ingresos, que incluye, a modo de ejemplo, trabajo autónomo, seguro por desempleo, seguro por incapacidad, regalías, etc.
- _____ Si no hubiera ingresos para declarar, redacte una carta que explique cómo paga sus gastos.

Requisitos de documentación de respaldo adicional:

- _____ Copias de los estados de cuenta bancarios más recientes, que incluyan cuentas corrientes y cuentas de ahorro
- _____ Contrato de alquiler (si alquila)
- _____ Copia de la carta de negativa de Medicaid (si corresponde)
- _____ Sentencia de divorcio (si corresponde)

CERTIFICACIÓN

1. Yo, el abajo firmante, certifico que la información que contiene este documento es, a mi leal saber y entender, verdadera y exacta.
2. Solicitaré toda la asistencia financiera disponible para ayudar a pagar esta cuenta.
3. Comprendo que la información presentada está sujeta a verificación y, por tanto, autorizo a cualquier banco, compañía de seguros o de bienes raíces, institución financiera o acreedor crediticio a revelar a cualquier representante de Campbell County Memorial Hospital cualquier información relacionada con mis cuentas, pólizas y experiencias pasadas y presentes, y cualquier información pertinente relacionada con este documento. Autorizo a Campbell County Memorial Hospital a realizar una verificación crediticia del garante/paciente y del cónyuge.

Firma (garante) _____ Fecha _____

Firma (cónyuge) _____ Fecha _____

(ÚNICAMENTE para Uso Exclusivo de la Oficina)

Comentarios:

Catastrófico _____

100 % _____

75 % _____

50 % _____

Información del saldo

Monto del descuento Código de transacción

Saldo de cuentas por cobrar: _____

Saldo de cheque de caja: _____

Total _____

Saldo de cuentas por cobrar adeudado por el paciente _____

Saldo de cheque de caja adeudado por el paciente _____

Total adeudado por el paciente _____

Aprobado por: _____

Fecha: _____

Denegado ___ Ingresos exceden la normativa

___ Médico no representa el 40 % de los ingresos

___ Información no enviada

Denegado por: _____

Fecha: _____