



Solicitud de Asistencia Financiera

A Quien Corresponda,

Le proporcionó una solicitud de asistencia financiera para el Memorial Hospital of Carbon County. Necesitaré completa esta solicitud en su totalidad junto con todos los requisitos adicionales. Una vez completado por completo, puede enviarlo por correo o dejarlo de la siguiente manera:

Correo:

MHCC Business Office
P.O. Box 460
Rawlins, Wyoming 82301

OR

Entrega:

MHCC Business Office
2221 W Elm Street
Rawlins, Wyoming 82301

Una vez que se reciba la solicitud, la archivamos hasta que se haya obtenido toda la documentación. Si desea programar una cita para discutir cualquier problema o inquietud con respecto a esta solicitud, comuníquese conmigo al número que aparece a continuación. También hemos adjuntado una copia de nuestra política de pago al banco de esta aplicación, elimínala y consévala para sus registros.

Sinceramente,

Madison Acton

Supervisor de oficina comercial
(307)-324-8293
macton@imhcc.com

Emily Weber

Supervisor de la Oficina de Negocios
(307) 324-8397
eweber1@imhcc.com

Solicitud del Programa de Asistencia Financiera

Fecha: _____

Estimado Paciente,

Los siguientes formularios se utilizarán con su Solicitud de Asistencia Financiera para el Memorial Hospital of Carbon County. Este es un programa que permite a cualquier paciente de bajos ingresos que califican sin seguro o con seguro insuficiente recibir un ajuste en sus facturas del hospital desde el 10% hasta el 100%. (Consulte la política de pago del paciente). Devuelva los formularios completados y toda la documentación correspondiente dentro de los 30 días posteriores a la recepción de esta solicitud.

Se requiere verificación del estado financiero y el tamaño de la familia. Consulte la lista de verificación detallada adjunta de los documentos que necesitamos para poder procesar su solicitud de asistencia financiera. Si algo no se aplica a usted, escriba "no corresponde" o "N / A". Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con el asesor financiero. Se le agradece enormemente su pronta respuesta.

Recuerde:

1. Complete todos los formularios que se adjuntan en este paquete.
2. Reúna toda la documentación aplicable que se enumera en el documento adjunto. Si trabaja por cuenta propia, proporcione el estado de Pérdidas y Ganancias de los últimos seis meses.
3. Devuelva esta información a la Ventana de Admisión en la Oficina de Servicios Financieros para Pacientes del Hospital o envíelo por correo a: P.O. Box 460, Rawlins, WY 82301 antes del _____.

Gracias por su interés en solicitar Asistencia Financiera con Memorial Hospital of Carbon County. Esta solicitud, si se aprueba, puede cubrir solo las visitas de emergencia a la sala de emergencias, las visitas al consultorio con el personal de MHCC y cualquier procedimiento que su médico de atención primaria considere médicamente necesario. Cualquier servicio para visitantes está sujeto a revisión por necesidad médica por parte de la administración de MHCC. Debería recibir una carta de aprobación o denegación después de que se obtenga toda la documentación y la administración haya revisado su archivo. La aprobación / determinación de esta solicitud vencerá 6 meses después de la fecha en que se completó la solicitud. Si se aprueba para menos del 100% de caridad / FPL, usted será responsable de ese saldo restante y el pago debe recibirse dentro de los 90 días posteriores a la fecha del servicio; todas las políticas de cobro del centro se aplican a cualquier responsabilidad del paciente. Cualquier servicio prestado después de esa fecha requerirá una reevaluación de su situación financiera y presentar otra solicitud o establecer un acuerdo de pago.

Gracias,

Madison Acton

Supervisor de oficina comercial
(307)-324-8293
macton@imhcc.com

Emily Weber

Supervisor de la Oficina de Negocios
(307) 324-8397
eweber1@imhcc.com

Se requiere la siguiente documentación al solicitar el Programa de Asistencia Financiera

_____ Declaración de impuestos federales completa más reciente y declaración de retención W-2.

_____ Un mes de los talones de cheque de pago consecutivos más recientes O una declaración del empleador para incluir el nombre del empleador, la dirección, el número de teléfono, el número de identificación fiscal, la fecha de contratación, la tasa de pago y las horas por semana.

_____ La mayoría de los depósitos brutos de trabajadores por cuenta propia actuales durante tres meses consecutivos y la mayoría de los estados de pérdidas y ganancias de todo el mes actual.

_____ 3 meses de estados de cuenta bancarios, mostrando el saldo de la cuenta de ahorros si corresponde.

_____ Talones de beneficios de jubilación/pensión.

_____ Ingresos del Seguro Social (declaración anual de beneficios).

_____ Avisos de asistencia del gobierno (incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Medicaid, Ayuda a los Necesitados y Discapacitados, TANF, LEAP, WIC, etc.).

_____ Si no hay ingresos, una carta escrita por amigos / familiares que incluya nombre, dirección y número de teléfono que indique el tipo de apoyo que se proporciona.

_____ Licencia de conducir o identificación con foto para cada miembro del hogar mayor de 18 años que solicite asistencia financiera.

Información Financiera Confidencial: Memorial Hospital of Carbon County

Nombre del Paciente:
Número de Hospital:
Número de Clínica:

Responsable

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Estado Civil	Número de Seguro Social
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal			Cuánto tiempo en esta dirección	Teléfono Residencial
Nombre y dirección del empleador (si está desempleado – Cuánto tiempo)			Teléfono de Negocios	
Oficio/Título			Duración del Empleo Actual	

Cónyuge/Otro

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Estado Civil	Número de Seguro Social
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal			Cuánto tiempo en esta dirección	Teléfono Residencial
Nombre y dirección del empleador (si está desempleado – Cuánto tiempo)			Teléfono de Negocios	
Oficio/Título			Duración del Empleo Actual	

Dependientes/CUALQUIER PERSONA DENTRO DEL HOGAR MENOR DE 18 AÑOS Y MOSTRADO EN TU W-2

Nombre y año de nacimiento de todos los dependientes en el hogar	Número total de miembros del hogar:	¿Alguna otra persona contribuye? En caso de afirmación, Cantidad:
Nombre Segundo Nombre Apellido	_____	Sí/No: Cantidad: _____
Fecha de Nacimiento		Contribuir a los gastos: Cantidad: \$ _____

INGRESOS/PASIVOS

INGRESOS MENSUALES	
Ingresos Brutos (Sueldos y Salarios)	\$ _____
Cónyuge/Otros ingresos brutos (Sueldo y salarios)	\$ _____
Seguridad Social	\$ _____
Compensación por Desempleo	\$ _____
Compensación al Trabajador	\$ _____
Manutención de menores/pensión alimenticia	\$ _____
Asistencia Pública/Cupones de Alimentos	\$ _____
Subvenciones	\$ _____
Ingresos por alquiler	\$ _____
Dividendos/Intereses	\$ _____
Para uso de Oficina solamente:	

Por favor, explique cualquier cambio en los ingresos familiares que se haya producido en los últimos 3 meses:

Por favor, explique en detalle si alguna sección de Ingresos o Activos se deja en blanco:

Que yo sepa, la información proporcionada dentro de la aplicación es verdadera. Autorizo un Informe de Buró de Crédito a ser asegurado por el Hospital o su agente para verificar mi situación financiera.

Firma del paciente/garante

Fecha:

Declaración de no Misión de Impuestos Federales sobre los Ingresos

Yo, _____ **(favor de escribir su nombre)** por la presente declaramos que no he archivado formularios de impuestos federales sobre los Ingresos con el Servicio de Impuestos Internos de los Estados Unidos en los últimos dos años debido a un estado de bajos ingresos. Entiendo que mi firma de este formulario le da a Memorial Hospital of Carbon County el derecho de verificar esta información y negarme asistencia financiera si soy fraudulento.

Paciente/Firma del Garante:

Fecha: