



PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Para garantizar el acceso a los servicios sanitarios proporcionados por el Hospital Memorial del Condado de Carbon, se proporciona un Programa de Asistencia Financiera para los pacientes elegibles que, de otro modo, no podrían pagar por estos servicios. Si se aprueba, la Asistencia Financiera cubrirá cuentas hasta 240 días desde la cancelación.

La elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera se basa en las Directrices Federales de Ingresos para la Pobreza y en la capacidad financiera para pagar según se determine mediante el proceso de solicitud. Los procedimientos electivos no califican para el Programa de Asistencia Financiera.

Los siguientes documentos deben incluirse con tu solicitud completada:

- ☐ Documentación de ingresos de 3 meses – recibos de pago
- ☐ Estado Financiero Completado - adjunto
- ☐ Declaración de la renta - Incluyendo TODAS las páginas y TODOS los W-2 aplicables
- ☐ Toda la documentación relacionada con desempleo y/o compensación laboral, pensión alimenticia, manutención infantil, WIC, cupones de alimentos y/o otros apoyos económicos.
- ☐ Copia de los extractos bancarios de los últimos 3 meses.
- ☐ Carta de denegación del Programa de Asistencia Pública de Wyoming

LLAMA AL **1-855-294-2127** PARA SOLICITAR MEDICAID POR TELÉFONO O INICIA SESIÓN EN http://www.wesystem.wyo.gov/AVANCE_ONLINE_APP

Si cree que puede ser elegible para el Programa de Asistencia Financiera, puede solicitar en la oficina del hospital, la oficina de registro, la oficina de la clínica o en línea en www.imhcc.com. Se proporcionará una determinación por escrito de su elegibilidad dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la solicitud completa, con toda la documentación de respaldo necesaria. Para ser elegible para la Asistencia Financiera al 100%, los ingresos del hogar deben estar iguales o inferiores a las siguientes directrices federales de pobreza. Los hogares que superan las Directrices Federales de Pobreza, pero que estén por debajo del 200%, pueden ser elegibles para la Asistencia Financiera según una escala progresiva.

Para ser elegible para la Asistencia Financiera al 100%, los hogares que superan la Pobreza Federal La renta del hogar debe ser igual o inferior a la del 200%, pero puede ser elegible para directrices que siguen las directrices federales de pobreza. Asistencia financiera basada en una escala progresiva.

<u>Tamaño del hogar</u>	<u>Ingresos</u>
1	\$15,650
2	\$21,150
3	\$26,650
4	\$32,150
5	\$37,650
6	\$43,150
7	\$48,650
8	\$54,150

<u>Tamaño del hogar</u>	<u>Ingresos</u>
1	\$31,300
2	\$42,300
3	\$53,300
4	\$64,300
5	\$75,300
6	\$86,300
7	\$97,300
8	\$108,300

Añadir \$5,500 por cada miembro adicional de la familia Añadir \$11,000 por cada miembro adicional de la familia

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Información del solicitante (garante):

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Zip: _____

Número de teléfono: _____ **Número de Seguridad Social:** _____ - _____ - _____

Cuenta(s) para las que se solicita asistencia:

<i>Fecha de servicio</i>	<i>Cuenta #</i>	<i>Nombre del paciente</i>	<i>Cantidad</i>
TOTAL			

¿Has presentado la declaración de la imposición o te han declarado como dependiente en los últimos 2 años?

Si es así, adjunta una copia de todas las páginas de la declaración con todos los W2 o 1099.

☐ **Sí** ☐ **No**

¿Tú o alguien en casa tiene un pequeño negocio, una granja o un rancho?

Si es así, adjunta los estados de resultados y los balances de los últimos 3 meses.

☐ **Sí** ☐ **No**

Tamaño del hogar:

(debe poder aportar prueba legal del miembro en el hogar: es decir, declaración de la renta, documentos judiciales, licencia de matrimonio, etc.)

<u>Nombre</u>	<u>Relación con el solicitante</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Fuente de ingresos</u>

Número total en el hogar: _____

Ingresos del hogar: (TODOS los ingresos del hogar deben declararse) **Gastos:**

Tipo	Mensual Cantidad	Anual Cantidad
Salarios brutos del solicitante		
Salarios brutos del cónyuge		
Seguridad Social		
Jubilación de pensiones/VA/Ferrocarriles		
Compensación laboral		
Desempleo		
Manutención infantil / Pensión alimenticia		
Ingresos por inversiones		
Otros:		
Total:		

Tipo	Mensual Cantidad	Anual Cantidad
Alquiler/Hipoteca		
Servicios públicos		
Comida		
Seguros		
Ropa		
Auto: gas/aceite/reparraciones		
Médico/Dental		
Otros		
Otros		
Total:		

Activos**Valor**

Efectivo disponible	
Nombre del banco:	
Saldo de la cuenta corriente:	
Saldo de la cuenta de ahorros:	
Valor en efectivo del seguro de vida	
¿Eres propietario de tu casa?	Círculo uno SÍ/ NO
Valor de mercado de la vivienda	
Automóviles/autocaravanas/quads:	
Otras inversiones:	
Personal y diversos.	

Pasivos

Saldo de la hipoteca:	
Otros balances inmobiliarios:	
Saldos de tarjetas de crédito/préstamos:	
Saldos medicos/dentales:	
Otras deudas:	
Total	

Patrimonio Neto

Activos totales	\$
(menos) Pasivos totales	\$
Patrimonio Neto	\$

Total	

**Balance cuando
apropiado**

Por la presente solicito que el Hospital Memorial del Condado Carbón me preste servicios a mí o a un familiar sin coste alguno o a un precio reducido, según se determine al tramitar esta solicitud. Declaro bajo juramento que no puedo pagar por los servicios solicitados, que toda la información presentada es completa y precisa, y puede estar sujeta a verificación y revisión por parte de agencias estatales, federales y otras agencias de aplicación según lo requiera la ley. Acepto proporcionar al Hospital Memorial del Condado Carbón la información adicional que sea razonablemente requerida, para demostrar mis ingresos, situación financiera y capacidad para pagar los servicios prestados. Acepto liberar a MHCC, a sus agentes y a sus empleados de toda responsabilidad derivada de sus esfuerzos responsables para verificar la información que he proporcionado como parte de esta solicitud. Entiendo que mi informe de crédito puede usarse para verificar esta información. Si tengo derecho a cualquier acción o acuerdo de terceros pagadores, haré cualquier acción necesaria o solicitada por el Hospital Memorial del Condado Carbón para obtener dicha ayuda y la cederé a MHCC y, una vez recibido, pagaré a MHCC todas las cantidades recuperadas y el importe total del saldo pendiente en mi cuenta.

Firma: _____ **Fecha:** _____

NOTA: La solicitud debe ser devuelta por _____ para garantizar la elegibilidad

SOLO USO HOSPITALARIO

Fecha de la solicitud proporcionada al aval: _____ **Fecha de retorno:** _____

Nivel de elegibilidad para asistencia: _____ %

Asistencia aplicada a la cuenta: \$ _____

Saldo de cuentas tras asistencia y plan de pagos establecido: \$ _____

Firma autorizada: _____ **Fecha:** _____