

MEMORIAL HOSPITAL

And Health Care Center

Sponsored by the Sisters of the Little Company of Mary, Inc.

800 West 9th Street ▲ Jasper, IN 47546 ▲ 812/996-2345

www.mhhcc.org

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Adjunto encontrara la solicitud para Asistencia Financiera del Memoria Hospital and Health Care Center.

Esta solicitud se utilizará para determinar asistencia financiera total o parcial sobre las facturas que reúnan los requisitos.

Debe de proporcionarse una divulgación financiera completa y documentos de soporte los cuales se usarán para evaluar su solicitud para un ajuste de asistencia financiera. Llenar la solicitud de Asistencia Financiera y devolvérsola dentro de 21 días.

Debe presentarse la siguiente información con la solicitud:

- 1. Una carta que incluya todas las circunstancias que afectan su ingreso.**
- 2. Su declaración federal de impuestos más reciente y formularios W2, un estado de cuenta bancario actual.**
- 3. Los dos talones de pago más recientes, incluso si ya no trabaja ahí.**
- 4. Comprobante o copia de una carga otorgada por el Seguro Social, de discapacidad y/o de ingreso de pensión.**
- 5. Verificación de ingreso como desempleado, si corresponde.**
- 6. Una lista de sus pagos médicos - cantidad total debida y a quien.**
- 7. Gastos de su bolsillo para medicamentos con receta médica, mensual o anualmente.**
- 8. Si no tiene ningún ingreso, proporcionar una carta de soporte y una explicación de cómo paga sus gastos diarios.**

Después de recibir esta información se revisará su solicitud y se tomará una decisión.

Por favor, contacte a nuestra oficina después de aproximadamente 30 días para los resultados de la determinación.

¡Gracias!

Departamento de Servicios Financieros al Paciente

Memorial Hospital Healthcare Center

(812) 996-0637 (800) 852-7279

Fax (812) 996-8544

financiamanagement@mhhcc.org

**MEMORIAL HOSPITAL AND HEALTH CARE CENTER
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Llenar y completar la divulgación financiera es un requisito a manera de evaluar su solicitud para asistencia financiera. Si presenta información incompleta o insuficiente esto resultara en la negación de su solicitud.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ No.
SS _____

Nombre del conyugue _____ Fecha de nacimiento _____ No.
SS _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código
postal _____

Teléfono _____ Estado civil _____ Correo electrónico _____

Dependientes y/o miembros que viven en su vivienda

Nombre/Edad/Relación

Nombre/Edad/Relación

Empleador _____ No. teléfono _____

Tarifa de pago \$ _____ Hora/Semana/Mes Duración de empleo _____

Empleador del conyugue _____ No. teléfono _____

Tarifa de pago \$ _____ Hora/Semana/Mes Duración de empleo _____

Seguro de salud grupal y/o seguro de salud privado Si No

Si contesto no, explicar por qué no hay cobertura de seguro de salud

Ha solicitado Medicaid Si No

¿Si se le negó, cual fue la razón? _____

Otras fuentes de ingresos:

	Solicitante	Conyugue	Otro
Seguro Social	\$ _____ mes	\$ _____ mes	\$ _____ mes
Fondos de pensión/jubilación	\$ _____ mes	\$ _____ mes	\$ _____ mes
Bienestar social / Asistencia pública	\$ _____ mes	\$ _____ mes	\$ _____ mes
Estampillas para alimentos	\$ _____ mes	\$ _____ mes	\$ _____ mes
Desempleo	\$ _____ mes	\$ _____ mes	\$ _____ mes
Pensión alimenticia	\$ _____ mes	\$ _____ mes	\$ _____ mes
Ingresos por ingreso / Acciones / Bonos/Inversiones de CD	\$ _____ mes	\$ _____ mes	\$ _____ mes

Cuenta de cheques \$ _____ Ahorros \$ _____ Nombre del
banco _____

Co-nombre Seguro de vida _____ Valor en
efectivo _____

Propiedad personal _____ Valor de la vivienda

Vehiculos/Marca/Año _____ Valor _____
—

Obligaciones financieras: (Mensualmente)

Renta \$ _____ Hipoteca \$ _____ Celular/Teléfono \$ _____ Internet/Cable
\$ _____

Electricidad \$ _____ Gas/Propano \$ _____ Comida \$ _____ Guardería \$ _____ Otros
\$ _____

Seguro de auto/propiedad \$ _____ Vestimenta \$ _____ Educación \$ _____ Tarjetas de
cobro \$ _____

Prestamos (¿a quién le debe?)

Institución financiera _____ Pago mensual _____

Institución financiera _____ Pago mensual \$ _____

Otras
obligaciones/Comentarios _____

Obligaciones

medicas _____

Yo entiendo que la información que yo presente está sujeta a verificación por parte de esta instalación médica. Yo certifico que la información anterior es verdadera a mi leal saber y entender.

Firma del paciente (Parte responsable)

Fecha

Número de teléfono

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

PAUTAS PARA INGRESO CALIFICABLE MHHCC

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha publicado en el Registro Federal sus revisiones anuales de las pautas federales de pobreza. Estas pautas se usan como un criterio de elegibilidad en una serie de programas federales. La fecha de vigencia de las pautas para su uso en determinar niveles de servicio sin cuotas o de servicios reducidos será el 11 de enero, 2019.

Este aviso incluye pautas actualizadas del ingreso de pobreza para familias de una a ocho personas.

Rango aprobado

Tamaño de Unidad familiar	Pobreza Pautas	MHHCC
1	\$12,490	\$24,980
2	\$16,910	\$33,820
3	\$21,330	\$42,660
4	\$25,750	\$51,500
5	\$30,170	\$60,340
6	\$34,590	\$69,180
7	\$39,010	\$78,020
8	\$43,430	\$86,860

Para familias/viviendas con más de 8 personas, agregar \$4,420 por cada miembro adicional.

MEMORIAL HOSPITAL
And Health Care Center
Sponsored by the Sisters of the Little Company of Mary, Inc.
800 West 9th Street ▲ Jasper, IN 47546 ▲ 812/996-2345
www.mhhcc.org

Estado de la Solicitud de Asistencia Financiera

Nombre del paciente: _____

Fecha de aprobación/Negación: _____

El paciente mencionado arriba ha llenado su solicitud de Asistencia Financiera y ha sido:

___ Aprobada para Asistencia Financiera por la cantidad de _____%
De cargos (los cuales serán igual a AGB (Cantidades generalmente facturadas).

___ Aprobada por 100% de atención caritativa.

___ Negada por no cumplir con el procesamiento de la solicitud Claimaid/Medicaid.

___ Negada por estar arriba de las pautas de ingreso FA aprobadas para 100% en
_____. Carta de aprobación enviada al paciente para el programa.

___ Negada por no cumplir con el proceso de Asistencia Financiera:
(no ha terminado/proporcionado la documentación requerida).

___ Los servicios que se excluyen de la elegibilidad para la Asistencia Financiera:
Servicios cosméticos, auxiliares auditivos, procedimientos para la pérdida de peso,
Procedimientos experimentales (incluidos dispositivos no aprobados por la FDA),
Lentes de reemplazo de especialidad, servicios negados por el seguro por no tener
autorización previa o no ser servicios de urgencias como resultado de estar fuera de red.

Si usted recibe facturas adicionales por parte de Memorial Hospital, usted tiene la responsabilidad de llamar al Defensor de Servicios Financieros al número que se incluye cada vez que recibe una factura.

Defensor de Servicios Financieros del Paciente
Memorial Hospital Healthcare Center
(812) 996-0637 Oficina
(800) 852-7279 Extensión 0637 o extensión 0413 Llamada gratuita

MEMORIAL HOSPITAL
And Health Care Center
Sponsored by the Sisters of the Little Company of Mary, Inc.
800 West 9th Street ▲ Jasper, IN 47546 ▲ 812/996-2345
www.mhhcc.org

Estado de la Solicitud de Asistencia Financiera

Nombre del paciente: _____

Fecha de aprobación/Negación: _____

El paciente mencionado arriba ha llenado su solicitud de Asistencia Financiera y ha sido:

___ Aprobada para Asistencia Financiera por la cantidad de _____%
De cargos (los cuales serán igual a AGB (Cantidades generalmente facturadas).

___ Aprobada por 100% de atención caritativa.

___ Negada por no cumplir con el procesamiento de la solicitud Claimaid/Medicaid.

___ Negada por estar sobrecalificado para el programa.

___ Negada por no cumplir con el proceso de Asistencia Financiera:
(no ha terminado/proporcionado la documentación requerida).

___ Los servicios que se excluyen de la elegibilidad para la Asistencia Financiera:
Servicios cosméticos, auxiliares auditivos, procedimientos para la pérdida de peso,
Procedimientos experimentales (incluidos dispositivos no aprobados por la FDA),
Lentes de reemplazo de especialidad, servicios negados por el seguro por no tener
autorización previa o no ser servicios de urgencias como resultado de estar fuera de red.

Si usted recibe cualquier factura por parte de Memorial Hospital, llamar al Defensor de Servicios Financieros al número que se incluye a continuación.

Defensor de Servicios Financieros del Paciente
Memorial Hospital Healthcare Center
(812) 996-0413 Oficina
(800) 852-7279 x 0413 Llamada gratuita

MEMORIAL  HOSPITAL
And Health Care Center
Sponsored by the Sisters of the Little Company of Mary, Inc.
800 West 9th Street ▲ Jasper, IN 47546 ▲ 812/996-2345
www.mhhcc.org

Fecha _____

Estimado(a) _____

Le estoy escribiendo en relación a su solicitud para asistencia financiera a través del programa de asistencia financiera de Memorial Hospital and Health Care Center.

Yo no he recibido toda la información requerida para el proceso de aplicación.

- 1. Una carta que incluya todas las circunstancias que afectan su ingreso.
- 2. Su declaración de impuestos, estados de cuenta bancarios y W2 de ganancias más recientes.
- 3. Los dos talones de pago más recientes, incluso si ya no trabaja ahí.
- 4. Comprobante de una carga otorgada por el Seguro Social, de discapacidad y/o de ingreso de pensión.
- 5. Verificación de ingreso por desempleo, discapacidad a corto plazo, pensión alimenticia.
- 6. Una lista de sus pagos médicos, cantidad total debida y a quien. Estampillas de comida.
- 7. Gastos mensuales de su bolsillo para medicamentos con receta médica.
- 8. Otros ingresos de la vivienda: impuestos, W2s, cheques de pago, estados de cuenta, pensión.
- 9. Si no tiene ningún ingreso, proporcionar una carta de soporte y una Explicación de cómo paga sus gastos diarios.

Su solicitud no se puede considerar hasta que recibamos esta información.

Por favor, enviar o traer esta información a mi oficina lo más pronto posible.

Después de recibir esta información se revisará su solicitud y se tomará una decisión. Nuestra oficina se pondrá en contacto con usted por escrito en aproximadamente 30 días para los resultados de la determinación.

Gracias,

Defensor de Servicios Financieros del Paciente
Memorial Hospital and Healthcare Center
(812) 996-0637 (800) 852-7279 ext. 0637
Fax (812)-996-8544

MEMORIAL  HOSPITAL
And Health Care Center
Sponsored by the Sisters of the Little Company of Mary, Inc.
800 West 9th Street ▲ Jasper, IN 47546 ▲ 812/996-2345
www.mhhcc.org

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Adjunto encontrara la solicitud para Asistencia Financiera del Memoria Hospital and Health Care Center. Esta solicitud se utilizará para determinar asistencia financiera total o parcial sobre las facturas que reúnan los requisitos.

Se debe proporcionar divulgación financiera y documentos de soporte completos los cuales se usarán para evaluar su solicitud para amortizar su asistencia financiera. Llenar la solicitud de Asistencia Financiera y devolvérsola dentro de 21 días.

Debe presentarse la siguiente información con la solicitud:

- 1. Una carta que incluya todas las circunstancias que afectan su ingreso.**
- 2. Su declaración federal de impuestos más reciente y formularios W2 con un estado de cuenta bancario actual.**
- 3. Los dos talones de pago más recientes, incluso si ya no trabaja ahí.**
- 4. Comprobante o una copia de ingreso del seguro social, discapacidad y/o pensión.**
- 5. Verificación de ingreso como desempleado, si corresponde.**
- 6. Una lista de sus pagos médicos - incluida la cantidad total debida y a quien.**
- 7. Gastos de su bolsillo para medicamentos con receta médica, mensual o anualmente.**
- 8. Si no tiene ningún ingreso, proporcionar una carta de soporte y una explicación de cómo paga sus gastos diarios.**

Después de recibir esta información se revisará su solicitud y se tomará una decisión. Nuestra oficina se pondrá en contacto con usted por escrito en aproximadamente 30 días para los resultados de la determinación.

Gracias,

Defensor de Servicios Financieros del Paciente
Memorial Hospital Healthcare Center
(812) 996-0637
(812)-996-0413
Fax 812-996-8544

MEMORIAL  HOSPITAL
And Health Care Center
Sponsored by the Sisters of the Little Company of Mary, Inc.
800 West 9th Street ▲ Jasper, IN 47546 ▲ 812/996-2345
www.mhhcc.org

Fecha:
Nombre:

Gracias por su interés en el Programa de Asistencia Financiera.

Su solicitud para consideración para asistencia financiera ha sido revisada.

Con base en la información que nos proporción, su ingreso excede las pautas para aprobación.

Para hablar con un representante bilingüe o para programar un plan de pago, póngase en contacto con su Defensor Financiero durante de horario de oficina, de lunes a viernes de 8:00 a.m. A 4:30 p.m.

Representante de Servicios Financieros al Paciente	812.996.0637/0413
Representante del Centro de Llamadas	812.996.0651

Gracias.

MEMORIAL HOSPITAL

And Health Care Center

Sponsored by the Sisters of the Little Company of Mary, Inc.

800 West 9th Street ▲ Jasper, IN 47546 ▲ 812/996-2345

www.mhhcc.org

Estado de la Solicitud de Asistencia Financiera

Nombre del paciente:	Fecha de revisión/Aprobación:
----------------------	-------------------------------

El paciente mencionado arriba ha llenado su solicitud de Asistencia Financiera y ha sido:

	Aprobada para Asistencia Financiera por la cantidad de _____%
	Aprobada para 100% de asistencia financiera
	Negada - no cumplió con el procesamiento de la solicitud ClaimAid/Medicaid
	Negada - sobrecalificado para el programa
	Negada - por no cumplir con el proceso de Asistencia Financiera
	Servicios excluidos de la elegibilidad para la Asistencia Financiera: Procedimientos cosméticos, auxiliares auditivos, cirugía para pérdida de peso, lentes de reemplazo de especialidad, autorización negada por el seguro, servicios fuera de red para servicios que no son de emergencia.
	Si usted recibir facturas adicionales por parte de Memorial Hospital and Health Care Center, por favor llame al Defensor Financiero incluido a continuación.

--	--

Defensor de Servicios Financieros del Paciente
Memorial Hospital and Health Care Center
Teléfono: 812.996.0637 o llamada sin cobro: 800.852.7279, extensión 0637 o 0413