

3701 East Main
Weatherford, OK 73096
580-772-5551
www.weatherfordhospital.com

Return Date: _____



La Ayuda Financiera/Programa de Cuidado de Caridad

Este programa está diseñado para asistir pacientes con balance de cuentas que no pueden pagar. La Ayuda Financiera/Programa de Cuidado de Caridad podría proporcionar al paciente con un descuento de 10% a 100% basado con información y documentación con la aplicación.

Solicitud no sera considerada COMPLETA sin toda la documentación requerida.

Documentación requerida:

- ✓ Copia del mas reciente retorno de impuestos y/o declaración de seguro social.
- ✓ Copias de meses anteriores para todas las obligaciones enumeradas en la solicitud

Tambien, asegúrese de:

- ✓ La aplicación este firmada y fechada
- ✓ Incluir una declaración de la situación y por qué necesita/requiere ayuda adicional

Por favor devuelva las aplicaciones a Weatherford Hospital Business Office.

Ubicación física: 3701 E. Main Street Weatherford, OK 73096
Mail: 3701 E. Main Street Weatherford, OK 73096 Atención: Cuentas de Pacientes
Envíe un fax a: 580-774-0964 A la atención de: Cuentas de Pacientes

Todas las solicitudes serán revisadas para determinar para qué programa, si lo hay, el solicitante califica. Se notificará al solicitante la decisión de revisión dentro de los 60-90 días siguientes a la recepción de la solicitud.

El Hospital Regional de Weatherford agradece su decisión de usar nuestras instalaciones para sus necesidades de atención médica. Si tiene preguntas o desea discutir las opciones de pago con un representante de cuenta, llame a la Oficina de Negocios (580-774-4754), de lunes a Viernes, de 9:00 am - 4:00 pm

WEATHERFORD REGIONAL HOSPITAL
Solicitud de Asistencia Financiera

Instrucciones: Por favor complete este formulario incluyendo toda la información de la casa entera. Si necesita mas espacio, adjunte una hoja de papel.

PERSONA REQUERIENDO ASISTENCIA

Nombre de Garante: _____
Número del Garante: _____
Nombre (s) del Paciente: _____
Numero del Paciente : _____
Balance de cuenta: _____
Dirección del Garante: _____

INFORMACION DE INGRESO DE LA FAMILIA

Lista de cada miembro de la familia y todas la fuentes de ingreso/sueldos (salarios, incapacidad, jubilación, seguro social, alquileres, etc)

NOMBRE	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FUENTE DE INGRESOS MENSUALES
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ACTIVOS

PASIVOS

Cheques/Ahorros	_____	Pago de casa/renta	_____
Acciones/bonos	_____	Pago de auto	_____
Seguro de Vida	_____	Cuentas Medicas	_____
Propiedad inmobiliaria	_____	Tarjetas de Credito	_____
Automóvil	_____	Pagos de utilidad	_____
Otros Activos:		Otros Deudas:	
1)	_____	1)	_____
2)	_____	2)	_____
3)	_____	3)	_____
Total de activos	_____	Total de Pasivos	_____

Documentación Necesaria

Copia del mas reciente retorno de impuestos y/o declaracion de seguro social.
Copias de meses anteriores para todas las obligaciones enumeradas en la solicitud.

