Machine Translated by Google

weatherford REGIONAL HOSPITAL
Managed by SSM HEALTH | St. Anthony Hospital

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Devolver información a:
CORREO:
FAX:

Hospital Regional de Weatherford
3701 E. Main St.
Weatherford, OK 73096
580-774-0964

USTED PUEDE SER ELEGIBLE PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Completar esta solicitud ayudará al Hospital Regional de Weatherford determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento o si es elegible para otros programas públicos que pueden ayudarlo a pagar su atención médica.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO:

Complete este formulario en su totalidad y devuélvalo con toda la documentación requerida. No se otorgará asistencia financiera a aquellos que no completar el proceso de solicitud, incluido el requisito de que el paciente solicite programas para los que pueda calificar (es decir, Medicaid).

Envíe esta solicitud con la siguiente documentación:

1. Copias de su declaración de impuestos federal actual con todos los anexos (incluidos los formularios W-2) o Prueba de no presentación (Formulario 4506 del IRS)
2. Verificación de ingresos del hogar como se requiere a continuación en la sección "Ingresos mensuales del hogar"
3. Prueba de denegación de Medicaid, si es elegible: solicite en http://www.okhca.org/individuals.aspx (Inscripción en línea)

NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	CUENTA #S
Nombre de la parte responsable/garante	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Relación con el paciente	Teléfono de casa	Teléfono móvil
Direccion actual	¿Propio/Alquiler?	Código postal
Nombre/dirección del empleador		Teléfono del trabajo
Nombre del cónyuge	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Nombre/dirección del empleador	Teléfono del trabajo	Teléfono móvil

Miembros adicionales del hogar

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación

Otra información

1. ¿Su empleador (o el empleador de su cónyuge) ofrece seguro de salud grupal?	S/N	Si la respuesta es S, enumere la compañía de seguros a continuación
2. ¿Tiene otros tipos de seguros que puedan pagar las facturas médicas?	S/N	Si la respuesta es S, enumere la compañía de seguros a continuación
3. ¿Tiene una cuenta de ahorros para la salud/gastos flexibles?	S/N	Si S, ¿cuál es el monto del saldo $ _____
4. ¿Su empleador le reembolsa algún deducible o costos de atención médica?	S/N	
5. ¿Le negaron Medicaid?	S/N	En caso afirmativo, adjunte una copia de la denegación de Medicaid
6. ¿Es elegible para COBRA a través de un empleador anterior?	S/N	Si la respuesta es S, enumere la compañía de seguros a continuación
7. ¿Estuvo el paciente involucrado en un presunto accidente que condujo a la necesidad de servicios?	S/N	
8. ¿Fue el paciente víctima de un presunto delito que provocó la necesidad de servicios?	S/N	

Ingreso mensual del hogar

Tipo	Fiesta responsable		Cónyuge	Tipo de verificación de ingresos requerida
Renta laboral (bruta)	ps		ps	Proporcione talones de cheques de pago de los últimos dos períodos de pago o 3 meses de estados de cuenta bancarios
Ingresos de trabajo por cuenta propia (bruto)	ps		ps	Proporcionar extractos bancarios de 3 meses.
Pensión, Jubilación, Social Seguridad de Ingreso	ps		ps	Proporcione sus estados de cuenta de Pensión/Jubilación y/o carta de adjudicación del Seguro Social
Desempleo, Ingreso por discapacidad	ps		ps	Proporcione desempleo, carta de concesión de discapacidad o banco de 3 meses declaraciones
Manutención de los hijos, pensión alimenticia	ps		ps	Proporcione una copia de su sentencia de divorcio, aviso de separación legal o acuerdo de custodia
Otro (indique la fuente) _____	ps		ps	Proporcione estados de cuenta bancarios de 3 meses con una explicación de su(s) fuente(s) de ingresos

Machine Translated by Google

Activos		
Tipo	Institución financiera	Saldo total (aproximado con la mayor precisión posible)
Dinero		ps
Revisando cuentas)*		ps
Guardando cuentas)*		ps
Acciones o Bonos*		ps

* Proporcionar extractos bancarios de 3 meses o extractos de acciones/bonos

Explique cualquier situación de la que debamos ser informados para comprender su incapacidad para pagar el saldo médico. Puede adjuntar una hoja aparte si necesita más espacio. Es posible que se requiera verificación adicional.

Por la presente declaro que la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta. Autorizo cualquier verificación requerida, incluido un informe de la agencia de crédito. Entiendo que si se determina que esta información es falsa o engañosa, seré responsable del pago de los cargos por todos los servicios prestados. Entiendo que esta solicitud de asistencia financiera puede no corresponder a otros proveedores de atención médica.

Firma de la parte responsable _____ Fecha _____

SOLO PARA USO WRH BO

Lista de verificación de la información requerida para completar el proceso de solicitud:

- [ ] Anverso y reverso del formulario completamente lleno con firma y fecha
- [ ] Copias de la declaración de impuestos federal actual con todos los anexos, incluidos los formularios W-2 (o prueba de no presentación: Formulario 4506 del IRS)
- [ ] Artículos requeridos en la sección de Verificación de Ingresos del Hogar

Fecha de recepción de todos los artículos por la oficina comercial de WRH _____

Representante de WRH _____

Fecha de revisión de la solicitud final:_____ Por: _____

Nivel de asistencia financiera aprobada para servicios médicamente necesarios no electivos: _____

Rango de fechas de aprobación: _____

Asistencia financiera denegada: _____

Motivo de la denegación: _____

Notificaciones enviadas:

Paciente	_____	Soluciones	_____	hospitalistas	_____
AMS	_____	médicos de urgencias	_____	Otro	_____