



SOLICITUD FINANCIERA

Complete la solicitud financiera e incluya los ingresos y otros documentos comprobatorios que sean necesarios. Esta documentación es obligatoria para que podamos procesar su solicitud. Si no recibimos la solicitud y los complementos necesarios antes de la fecha indicada a continuación, es posible que su solicitud se desestime.

CUENTAS

INFORMACIÓN															
NOMBRE DEL PACIENTE		N.º DEL SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL SOLTERO		TELÉFONO							
NOMBRE DEL GARANTE		N.º DEL SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO		RELACIÓN CON EL PACIENTE		TELÉFONO							
NOMBRE DEL CÓNYUGE		N.º DEL SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO		TELÉFONO									
DIRECCIÓN			CIUDAD			ESTADO		CÓDIGO POSTAL							
EMPLEADOR ANTERIOR (PACIENTE O GARANTE)		ÚLTIMA FECHA DE EMPLEO			SELECCIONE UNO: <input type="checkbox"/> INQUILINO <input type="checkbox"/> PROPIETARIO			TAMAÑO DEL NÚCLEO FAMILIAR ADULTOS _____ NIÑOS _____							
EMPLEADOR ACTUAL (PACIENTE O GARANTE)		TELÉFONO			EMPLEADOR ACTUAL (CÓNYUGE)			TELÉFONO							
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL		DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
CARGO O TÍTULO			DURACIÓN DEL EMPLEO			CARGO O TÍTULO			DURACIÓN DEL EMPLEO						
INGRESO BRUTO: <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> BIMENSUAL <input type="checkbox"/> MENSUAL				INGRESO BRUTO: <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> BIMENSUAL <input type="checkbox"/> MENSUAL											
INGRESO MENSUAL DEL PACIENTE O GARANTE						INGRESO MENSUAL DEL CÓNYUGE									
SALARIO			INGRESO DE SEGURO SOCIAL			SALARIO			INGRESO DE SEGURO SOCIAL						
PENSIÓN			INGRESOS POR ALQUILER			PENSIÓN			INGRESOS POR ALQUILER						
PENSIÓN ALIMENTARIA/MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS			OTROS (INCL. ESTAMPILLAS PARA ALIMENTOS/TANF)			PENSIÓN ALIMENTARIA/MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS			OTROS (INCL. ESTAMPILLAS PARA ALIMENTOS/TANF)						
GASTOS MENSUALES															
RENTA/HIPOTECA/SEGURO DE LA PROPIEDAD			ALIMENTO			SEGURO AUTOMOTRÍZ			CUIDADO INFANTIL						
SERVICIOS PÚBLICOS			SUMINISTROS DEL HOGAR			COMBUSTIBLE/MANTENIMIENTO DEL AUTOMÓVIL			PENSIÓN ALIMENTARIA/MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS						
TELEVISIÓN/TELÉFONO/INTERNET			GASTOS MÉDICOS			OTRO (ESPECIFIQUE)									
ACREEDOR		PAGO		SALDO		¿ACTUALMENTE?		ACREEDOR		PAGO		SALDO		¿ACTUALMENTE?	
ACREEDOR		PAGO		SALDO		¿ACTUALMENTE?		ACREEDOR		PAGO		SALDO		¿ACTUALMENTE?	
ACREEDOR		PAGO		SALDO		¿ACTUALMENTE?		ACREEDOR		PAGO		SALDO		¿ACTUALMENTE?	
INGRESO MENSUAL TOTAL				GASTOS MENSUALES TOTALES				DIFERENCIA							

ACUERDO DEL PACIENTE

El suscrito solicita la asistencia financiera indicada en esta solicitud y declara que toda la información brindada en esta solicitud es verdadera y se hace con el fin de obtener asistencia financiera. El suscrito autoriza la divulgación de la información financiera y médica necesaria para obtener cobertura de terceros y/u obtener artículos farmacéuticos de reemplazo de los programas de las compañías farmacéuticas adecuadas en su nombre. Bothwell Regional Health Center guardará el original o una copia de esta solicitud, incluso si no se otorga la asistencia financiera. La falsificación de información en esta solicitud será una razón para la denegación. Entiendo que Bothwell Regional Health Center puede solicitar un informe a una oficina de crédito en el proceso de evaluar mi solicitud de asistencia financiera.

FIRMA DEL PACIENTE _____

FECHA _____

DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA OBLIGATORIA

Cuando presente esta solicitud, proporcione uno [o más, cuando corresponda] de los siguientes documentos para verificar el ingreso familiar:

- Copia del Formulario del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) n.º 1040 y los Anexos correspondientes (C, E, F, etc.) del año fiscal más reciente
- Copia de W-2 del año fiscal más reciente de cada adulto que trabaje en el hogar
- Copia de la Carta de Verificación del Beneficio de Seguro Social del año fiscal más reciente de cada persona que reciba Beneficios de Seguro Social
- Declaración de los beneficios por desempleo semanal
- Copia de los talones de pago de los tres meses más recientes de cada adulto que trabaje en el hogar

Tenga en cuenta que, cuando corresponda, la declaración de impuestos federales más reciente es siempre el medio preferido para verificar el ingreso.

Es posible que deba proporcionar:

- Comprobante de la solicitud para MO HealthNet u otros beneficios estatales de Medicaid y la denegación de esa solicitud
- Comprobante de la solicitud para el seguro comercial a través del Mercado de Seguros de Salud y comprobante de exoneración para inscribirse a la cobertura como lo exige la ley

CONSIDERACIONES ADICIONALES

Las solicitudes para la asistencia financiera solo serán consideradas si el paciente no tiene un seguro de salud y si no califica para un programa de atención médica gubernamental.

Esta solicitud solo será válida para los servicios realizados y los costos incurridos en Bothwell Regional Health Center y en las clínicas de BRHC.

Cuando recibamos la información, revisaremos su solicitud de asistencia financiera total o parcial. Si no necesita asistencia financiera o si no califica, pero sigue sin poder saldar su cuenta de acuerdo con las pautas de pago predeterminadas de BRHC, consideraremos esta solicitud para nuestro programa de pagos extendido.

Si se aprueba, su solicitud será válida durante seis (6) meses para los costos incurridos en visitas urgentes y/o médicamente necesarias y consideraremos que las cuentas adicionales de BRHC están sujetas a dicha aprobación para la asistencia financiera durante ese período de tiempo. Si actualmente tiene un plan de pagos, reevaluaremos su plan de pagos en caso de que se agreguen otros cargos para asegurar que los pagos sigan siendo adecuados en relación al acuerdo y al saldo.

Un Representante de Servicios Financieros del Paciente lo notificará acerca de la aprobación o desaprobación de esta solicitud por escrito. Toda su información se mantiene confidencial de acuerdo con las estrictas pautas de protección de Bothwell Regional Health Center.

PAUTAS PARA EL PLAN DE PAGOS

Los pagos deben ser de un mínimo de \$50 por mes, con un margen de treinta y seis (36) meses para pagar la cuenta en su totalidad. Tenga en cuenta que si no se recibe un pago todos los meses y no se hace un arreglo por adelantado, la cuenta se puede considerar en mora y puede estar sujeta a acciones de cobranza adicionales.



Servicios financieros del
paciente 601 East 14th
Street Sedalia, Missouri
65301
(660) 826-8833

N.º de historia clínica Nombre del paciente

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo autorizo la divulgación de información relacionada con el estado de las solicitudes/casos de Medicaid a Bothwell Regional Health Center. Esta autorización está limitada a:

- El estado de la solicitud/caso de Medicaid (pendiente, aprobado, rechazado) y/o
- El monto gastado y/o responsabilidad pendiente de mi caso de Medicaid.

Esta autorización vence si se notifica a Bothwell Regional Health Center que se determinó que soy elegible para Medicaid.

Un Miembro de la División de Apoyo Familiar divulgará, por escrito u oralmente, esta información con el único fin de asistir a Bothwell Regional Health Center en la facturación a Medicaid por los gastos médicos incurridos.

Por la presente, exonero de toda responsabilidad a la División de Apoyo Familiar por la información brindada de acuerdo con esta autorización.

FIRMA DEL CLIENTE
FECHA

FIRMA DEL CÓNYUGE
FECHA

FIRMA DE OTRO
FECHA

NOMBRE DEL CASO

NOMBRE DEL TRABAJADOR DEL CASO

NÚMERO DEL CASO

NOMBRE DE LA CARGA