



CHI Health Mercy Corning

Instrucciones para llenar el formulario de solicitud de asistencia financiera

Esta es una solicitud de asistencia financiera en *CommonSpirit Health* (sitio aprobado por NHSC).

CommonSpirit Health proporciona asistencia financiera a personas y familias que cumplen con ciertos requisitos de ingresos. Usted puede calificar para la atención médica gratuita o con descuento, con base en el tamaño y el ingreso de su familia, aunque tenga seguro médico. Se proporciona asistencia para aquellos padres cuyo ingreso familiar es menor al 400% de las Guías Federales del Nivel de Pobreza. Encontrará información acerca de las Guías Federales del Nivel de Pobreza en <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera para hospital cubre los servicios adecuados en un hospital, proporcionados por CommonSpirit Health, dependiendo de su elegibilidad. Es probable que la asistencia financiera no cubra todos los costos de atención médica, incluidos los servicios proporcionados por otras organizaciones.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar esta solicitud: Obtendrá ayuda por cualquier razón, incluyendo alguna discapacidad y asistencia con el idioma en: 844-286-5546

Para que su solicitud sea procesada, debe:

- Proporcionarnos información sobre su familia**
- Proporcionarnos información sobre el ingreso mensual bruto de su familia (el ingreso antes de impuestos y deducciones)**
- Proporcionar la documentación que compruebe el ingreso familiar**
- Anexar información adicional, si es necesario**
- Firmar y anotar la fecha en el formulario**

Enviar la solicitud llena por correo o fax a: Centro de Asistencia Financiera, atención: EES - Centro de Asistencia Financiera, P. O. Box 660872. Dallas, TX 75266-0872 Fax: 469-803-4627. No olvide conservar una copia.

Para presentar su solicitud llena en persona CHI Health Mercy Corning, 603 Rosary Dr, Corning, IA 50841

Le notificaremos la determinación de elegibilidad final y su derecho de apelación, si corresponde, en un lapso de 30 días naturales a partir de la recepción de la solicitud de asistencia financiera llena, incluida la documentación sobre el ingreso.

Al presentar una solicitud de asistencia financiera, otorga su consentimiento para que realicemos la investigación necesaria a fin de confirmar sus obligaciones financieras y su información.

Queremos ayudar. ¡Presente su solicitud lo más pronto posible!

Podrá recibir facturas hasta que recibamos su información.



CHI Health Mercy Corning

Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera (sitios aprobados por NHSC) – Confidencial

Proporcione la información completa. Si algo no corresponde, anote "NA" Anexe páginas adicionales, si es necesario.

INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN

¿Necesita un intérprete? Sí No *Si lo necesita, anote el idioma que prefiere:*

¿El paciente recibe servicios públicos estatales, como cupones de alimentos o WIC (Mujeres, Lactantes y Niños)?
 Sí No

¿La atención médica que el paciente necesita está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión en el trabajo? Sí No

Anote el o los hospitales de CommonSpirit Health en los que recibió tratamiento:

RECUERDE

- No podemos garantizar que califique para recibir asistencia financiera, aunque presente su solicitud.
- Una vez que envíe su solicitud, podremos verificar toda la información y solicitar información adicional o comprobación de ingresos.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y EL SOLICITANTE

Nombre del paciente	Segundo nombre del paciente	Apellido del paciente	
Fecha de nacimiento	Números de cuenta del paciente:		Número(s) de contacto principal(es) () _____ () _____
Persona responsable de pagar la factura	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Dirección de correo electrónico: _____
Dirección postal _____			
Ciudad	Estado	Código postal	
Estado laboral de la persona responsable de pagar la factura <input type="checkbox"/> Empleado/a (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado/a (cuánto tiempo lleva desempleado/a: _____) <input type="checkbox"/> Autoempleo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado/a <input type="checkbox"/> Retirado/a <input type="checkbox"/> Otro (_____)			

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Anote los miembros de su familia e inclúyase. "Familia" incluye a dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción, que viven juntas. Si un paciente puede incluir a otra persona como dependiente en su declaración fiscal, esa persona es un miembro de la familia del paciente para los propósitos de esta solicitud.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____ *Anexe páginas adicionales, si es necesario*

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años o más: Nombre del o los empleadores o fuente de ingresos	Si tiene 18 años o más: Ingreso mensual bruto total (antes de impuestos):	¿También solicita asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

Es necesario revelar el ingreso de todos los miembros adultos de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

- Sueldos - Desempleo - Autoempleo - Compensación del trabajador - Incapacidad - Ingreso de Seguro Social Complementario (SSI)
- Manutención infantil/del cónyuge - Programas de trabajo y estudio (estudiantes) - Pensión - Ingreso por jubilación
- Otro (*explique*):

CHI Health Mercy Corning
Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera – Confidencial

INFORMACIÓN SOBRE EL INGRESO

RECUERDE: Debe incluir el comprobante de sus ingresos con su solicitud.

Debe proporcionar información sobre el ingreso de su familia. La verificación de sus ingresos es un requisito para determinar la asistencia financiera.

Todos los miembros de la familia que tienen de 18 años en adelante deben revelar sus ingresos. No olvide proporcionar comprobantes de cada fuente de ingresos identificada.

Algunos ejemplos de comprobantes de ingresos son:

- La declaración del impuesto sobre la renta del año pasado, incluido el calendario, si corresponde; o
- Una declaración de retención "W-2"; o
- Recibos de nómina actuales (3 meses); o
- Comprobantes laborales por escrito y firmados por empleadores u otras personas; o
- Aprobación/rechazo de la elegibilidad para la compensación por desempleo.

Si no tiene comprobantes de ingresos o no tiene ingresos, anexe una página adicional con una declaración firmada explicando cómo cubre sus gastos básicos (como vivienda, alimentos y servicios públicos).

INFORMACIÓN ADICIONAL

Anexe una página adicional si hay alguna otra información acerca de su situación financiera actual que quiera proporcionarnos, como una dificultad financiera, gastos médicos excesivos, ingreso estacional o temporal, o pérdida personal.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Entiendo que CommonSpirit Health puede verificar la información al obtener datos de otras fuentes para apoyar la determinación de la elegibilidad para recibir la asistencia financiera o para los planes de pago.

- Certifico que la información que proporciono es verdadera y exacta a mi leal saber y entender.
- Entiendo que si no coopero con CommonSpirit Health proporcionando la información que solicitan, mi solicitud puede ser rechazada.
- Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte de CommonSpirit Health.
- Entiendo que me podrían solicitar información adicional a fin de calificar para recibir la asistencia.

Si recibe algún pago de una compañía de seguros, un plan de compensación para trabajadores o de cualquier tercero, acepta informar al hospital sobre dicho pago. El hospital se reserva el derecho a conservar la factura original de todos los cargos en caso de que un tercero pague por usted los servicios del hospital.

Firma de la persona que presenta la solicitud

Fecha