
SOLICITUD DE ATENCIÓN CARITATIVA

Gracias por preguntar sobre el Programa de Asistencia Financiera Charity Care en el Humboldt County Memorial Hospital. Complete la solicitud adjunta y devuélvala con la documentación requerida a continuación dentro de los 30 días. Si su solicitud completa no se ha recibido dentro del tiempo especificado, su cuenta estará sujeta a nuestros procedimientos de facturación estándar. Cuando Humboldt County Memorial Hospital haya recibido su solicitud completa, se revisará para determinar su nivel de calificación. Se le notificará nuestra determinación dentro de los 30 días posteriores a la recepción.

Se requiere que los solicitantes soliciten Medicaid antes de que se considere su asistencia financiera. Si desea ayuda para completar su solicitud de Medicaid de Iowa, o esta solicitud, comuníquese con nuestro asesor financiero al (515) 332-7649 ubicado en la Salud Pública en Humboldt County Memorial Hospital y también estará disponible para analizar otras opciones de asistencia financiera para las que puede calificar.

Junto con la solicitud completa, también se requieren copias de los siguientes documentos. **Cualquier solicitud devuelta sin firma o la documentación adecuada no será considerada.**

Lista de verificación de documentación: POR FAVOR NO ENVÍE ORIGINALES

- ☐ Última declaración de impuestos federales presentada, si corresponde (debe ser dentro de los dos años)
- ☐ Estado de cuenta bancario más reciente
- ☐ Tres (3) meses consecutivos de comprobante de ingresos (por ejemplo, talones de cheques de pago)
- ☐ Comprobante de solicitud de DHS (Medicaid); Notificación de la decisión (si corresponde)
- ☐ Comprobante de residencia (por ejemplo, factura de servicios públicos o correo con su dirección física en la lista)

TENGA EN CUENTA: LOS PROCEDIMIENTOS ELECTIVOS, LAS ESTADÍAS DE HOSPITALIDAD Y EL CENTRO DEL DOLOR NO SON ELEGIBLES PARA LA ATENCIÓN DE CARIDAD.

Las cuentas con más de 120 días no se considerarán para el descuento de caridad.

LAS SOLICITUDES SIN FIRMAR O INCOMPLETAS NO SERÁN PROCESADAS PARA RECIBIR ASISTENCIA

Devuelva la solicitud de Atención Caritativa y los anexos requeridos a:

Hospital Memorial del Condado de Humboldt
Atención caritativa
1000 Calle 15^N
Humboldt, IA 50548

O por fax al (515) 332-7676 Attn: Charity Care

Solicitud de atención caritativa

Para ayudarnos a determinar su elegibilidad para una posible asistencia financiera, debe completar la siguiente solicitud en su totalidad.

Nombre del solicitante: _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social # _____

Número de teléfono: _____
Teléfono móvil del trabajo en casa

Dirección de correo electrónico (si corresponde) _____

Método de contacto preferido: _____

Inicio Address _____
Calle, Ciudad, Estado, Código Postal

¿Cuánto tiempo ha vivido en su dirección actual? _____

¿Usted: Alquila Es dueño de su casa Vive con familiares/amigos Centro de Tratamiento Residencial

He solicitado o solicitaré asistencia federal o estatal de Medicaid o he verificado mi elegibilidad para el plan de intercambio de atención médica.

Sí No Razón:

Tengo pendiente una demanda, un acuerdo, una lesión personal o un reclamo de responsabilidad.

Sí No Razón:

Situación laboral del solicitante: (Marque con un círculo la opción que corresponda)

Tiempo Completo Tiempo Parcial Autónomo Desempleado Jubilado Discapacitado

Nombre del empleador: _____

Duración del empleo: _____ Fecha/duración del desempleo: _____

Situación laboral del cónyuge: (Marque con un círculo la opción que corresponda)

Tiempo Completo Tiempo Parcial Autónomo Desempleado Jubilado Discapacitado

Nombre del empleador: _____

Duración del empleo: _____ Fecha/duración del desempleo: _____

Cónyuge y dependientes: (viven en su hogar) Si hay más de 4 dependientes, use una página separada.

Nombre: Edad: Parentesco:
Nombre: Edad: Parentesco:
Nombre: Edad: Parentesco:
Nombre: Edad: Parentesco:

Cuentas bancarias

Tipo de cuenta	Saldo actual
Comprobación	\$
Ahorros	\$
Otras Inversiones y Valores	\$

Propiedad

Tipo	Valor estimado
Residencia Secundaria/Casa de Vacaciones	\$
Tierra	\$
Propiedad de alquiler	\$
Otro/Vehículo Recreativo	\$

Proporcione documentación para cualquiera de las siguientes fuentes de ingresos.

Solicitante

Descripción de los ingresos	Fuente	Monto de Ingreso Mensual
Salarios del trabajo primario		\$
Salarios de trabajo secundario		\$
Intereses/Dividendos		\$
Pensión/Jubilación		\$
Alquiler/Propiedad		\$
Discapacidad		\$
Pensión alimenticia/manutención de los hijos		\$
Compensación de Trabajadores		\$
Otro		\$

Esposo

Descripción de los ingresos	Fuente	Monto de Ingreso Mensual
Salarios del trabajo primario		\$
Salarios de trabajo secundario		\$
Intereses/Dividendos		\$

Pensión/Jubilación		\$
Alquiler/Propiedad		\$
Discapacidad		\$
Pensión alimenticia/manutención de los hijos		\$
Compensación de Trabajadores		\$
Otro		\$

Asistencia del Gobierno

Descripción	Sí/No	Aprobado	Negado
Discapacidad / SSI			
Título XIX / Medicaid			
Medicamento necesitado			
Alivio general			
Cupones de alimentos			
Asistencia de servicios públicos			
Asistencia para la vivienda			
Otro (Especifique)			

Si existen circunstancias atenuantes que nos serían útiles para comprender su necesidad de asistencia financiera, utilice este espacio para explicar:

Por la presente certifico/certificamos que soy/somos mayores de edad y que las declaraciones anteriores son verdaderas y completas y se hacen con el propósito de determinar mi/nuestra elegibilidad para recibir asistencia financiera. Estoy de acuerdo en que esta solicitud seguirá siendo propiedad de Humboldt County Memorial Hospital, ya sea que se acepte la solicitud. Acepto/Nosotros proporcionar la verificación necesaria de mi/nuestros ingresos. Autorizo/Autorizamos la verificación de cualquier información reportada en esta solicitud por parte de Humboldt County Memorial Hospital.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge: _____ Fecha: _____

Business Office Use Only:

FPL %age: _____

Approved Charity Care %age amount: _____%

Percentage due from the patient: _____%

Charity Care Active Dates: _____

Applicant Notified: _____

Notes:

Signature of Financial Counselor

Date