



Reid Health

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

El día de hoy: _____

***Proporcione copias de los documentos, ya que los originales no pueden devolverse.**

_____ Proporcione una copia de su carta de decisión de Medicaid (todas las páginas) con su solicitud o documentación del contratista que asista al paciente con asistencia del gobierno. La carta / documentación debe estar fechada dentro de los últimos 90 días y debe indicar un motivo de denegación.

_____ Si no tiene cobertura de seguro primario, se requiere una copia de la documentación de Marketplace (healthcare.gov o DHHR local). La copia necesita indicar el costo de su prima mensual para obtener cobertura de salud. Si la prima es inferior al 10% del ingreso bruto mensual, la prima se considera asequible y no se puede otorgar caridad.

_____ Proporcione una copia de su Formulario de Declaración de Impuestos Federales 1040 más reciente y el W2.

_____ Copias de recibos de pago de los últimos 30 días.

_____ Carta actual de adjudicación del Seguro Social.

_____ Carta de beneficios de pensión, declaración de dividendos / intereses.

_____ Carta de beneficios de desempleo.

_____ Carta de beneficios de compensación para trabajadores.

_____ Si no tiene ingresos, asegúrese de que la persona o personas que lo asisten completen la carta de apoyo adjunta.

_____ Copias de cualquier factura médica pendiente (proveedores de salud que no son Reid).

_____ Lista de medicamentos recetados con precios de la farmacia (se requiere impresión del recibo de farmacia).

_____ Estado de cuenta bancaria actual para todas las cuentas corrientes y / o de ahorro.

_____ Declaración actual del inversiones para todos los CD / acciones / bonos.

_____ Evaluación fiscal actual para todos los activos.

_____ Documentación de pensión alimenticia.

Complete legiblemente toda la solicitud. Adjunte la documentación solicitada y devuélvala a su asesor financiero a la dirección que figura en la solicitud.

** Si no envía una Solicitud de Asistencia Financiera completa o no incluye la información solicitada antes de la fecha de vencimiento, podría retrasar el proceso o proporcionar una causa para denegación. ** **

Requisitos de solicitud - La siguiente es una lista de los requisitos de solicitud descritos en Nuestra Política de Asistencia Financiera. Por favor indique su elegibilidad para cada requisito a continuación. Si no cumple con estos requisitos, su solicitud será denegada. Si tiene circunstancias excepcionales y desea hablar con un representante, contáctenos al 765-983-3184.

Solo Personal de la Sala de Emergencias:

1. Requisito de área de servicio - El Programa de Asistencia Financiera está diseñado para pacientes que residen en nuestra área de servicio inmediata. La Asistencia Financiera también se considerará para los residentes fuera del área que lleguen a nuestra sala de emergencias en ambulancia o ambulancia aérea y para los gastos de bolsillo cuando el paciente tenga un seguro de terceros a través de fuentes comerciales o gubernamentales.

Estado y condado de residencia: _____

Seguro primario: _____

Fecha de la visita a la sala de emergencias: _____

2. Requisito de solicitud de Medicaid (Asistencia médica) - Para la solicitud se requiere documentación de una solicitud de Medicaid (Asistencia médica) denegada con fecha de los últimos 90 días.

¿Ha solicitado cobertura de Medicaid? Si ____ No ____

En caso afirmativo, ¿cuál es el estatus? ____Aprobado ____Pendiente
____Denegado

3. Pacientes internacionales - Solo los residentes permanentes son elegibles para recibir asistencia financiera. Los estudiantes internacionales no son elegibles para asistencia financiera.

¿Eres un ciudadano de los Estados Unidos? Si ____ No ____

En caso negativo, ¿tiene una tarjeta de residente permanente (tarjeta verde)?
Si ____ No ____

SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DEL PACIENTE - Por favor complete toda la información anotada en esta sección.

Numero de record medico: _____

Nombre del solicitante:

Apellido	Nombre	Inicial de segundo nombre
----------	--------	---------------------------

Dirección: _____ Teléfono principal: ()

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Estado Civil: _____ Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Viudo

Nombre del empleador: _____

Dirección: _____

Nombre del empleador secundario / cónyuge:

Dirección:

¿Este seguro se ofrece a través del empleador? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, indique el costo de la porción del empleado:

¿Tenía seguro médico (que no sea Medicaid) al momento del servicio? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, proporcione la información de su seguro y una copia de su tarjeta de seguro.

Nombre del seguro: _____ Fecha de vigencia:

Nombre del suscriptor: _____ Identificación del suscriptor: _____

Numero de grupo: _____

SECCIÓN DOS: INFORMACIÓN DE LA FAMILIA - Enumere por usted y todos los demás miembros del hogar que figuran en su declaración de impuestos.

NOMBRE	NUM DE RECORD MEDICO	RELACION	FECHA DE NACIMIENTO	SOLICITANTE
				SI/NO
				SI/NO
				SI/NO
				SI/NO
				SI/NO
				SI/NO

SECCIÓN TRES: INGRESOS DE LA FAMILIA - Proporcione ingresos para usted, su cónyuge y todos los demás miembros del hogar.

Fuente de Ingreso Mensual	Ingreso total de la familia 1 mes antes de recibir servicios	Tipo de verificación de ingreso anexada. Prueba de ingreso es requerida para procesar su solicitud.
Salario/Empleo Autonomo	\$	Copia mas reciente de su mas reciente declaración de impuestos federales (o formulario 4506t), talonarios de los últimos 30 días
Seguro Social	\$	Carta de adjudicación de seguro social
Pension, Dividendos, Intereses e Ingresos por Alquiler	\$	Carta de beneficios por pension, dividendos/estado de cuenta de intereses
Compensacion por desempleo de trabajador	\$	Carta de beneficios de desempleo, carta de beneficios por compensación de trabajador

Si informó ingresos de \$ 0, proporcione una breve explicación de cómo usted (o el paciente) satisfacen las necesidades básicas de vida. Proporcione también una carta de apoyo de cualquier persona que lo ayude:

SECCIÓN CUATRO: GASTOS MEDICOS - Los gastos médicos se considerarán como una compensación a los ingresos:

Tipo de Factura Medica	Cantidad pagada mensualmente	Verificacion Requerida
Facturas de hospital y medicas (proveedores que no son de Reid)	\$	Copias de las facturas
Recetas de farmacia	\$	Copia de la factura de recetas
Otros gastos medicos	\$	

SECCIÓN CINCO: ACTIVOS - Por favor enumere todos los activos y su valor actual.

Usted tiene?	Circule su respuesta	Descripcion	Total valor actual	Tipo de verificación requerida
Cuentas de Cheque (total de balances)	Si/No			Estado bancario mas reciente
Cuentas de Ahorro (total de balances)	Si/No			Estado bancario mas reciente
CD/Acciones/Bonos	Si/No			Estado de inversiones mas reciente
Segunda casa (no se residencia primaria)	Si/No			Evaluación de impuestos
Terreno	Si/No			Evaluación de impuestos
Vehiculos (carros o camiones)	Año	Marca/Modelo		Evaluación de impuestos
1				
2				
3				
Camper/Casa Rodante	Si/No			Evaluación de impuestos
Otros vehículos recreacionales	Si/No			Evaluación de impuestos
Otros	Si/No			Evaluación de impuestos

INGRESOS	GASTOS MEDICOS	BIENES

TOTAL DE INGRESOS DESPUES DE LAS DEDUCCIONES:	
--	--

Por favor proporcione cualquier información adicional sobre los activos enumerados anteriormente que le gustaría incluir en esta solicitud:

Al firmar a continuación, certifico que todo lo que he indicado en esta solicitud y en cualquier archivo adjunto es verdadero.

Firma de la parte responsable: _____

Fecha: _____

Devolver a:
Reid Health
1100 Reid Parkway
Richmond, IN 47374
765-983-3184

Solo uso de oficina

Aprobada

Fecha:

Negada