



Instrucciones Para El Formulario De Solicitud De Asistencia Financiera/De Caridad

Esta es una solicitud de asistencia financiera (también conocida como Community Care) en Reedsburg Area Medical Center

Las regulaciones federales 501R requieren que todos los hospitales sin fines de lucro proporcionen asistencia financiera a personas y familias que cumplan con ciertos requisitos de ingresos. Usted puede calificar para la atención gratuita o de precio reducido en función del tamaño de su familia y los ingresos, incluso si usted tiene seguro de salud. [Community Care | Reedsburg Area Medical Center Health \(ramchealth.com\)](http://CommunityCare|ReedsburgAreaMedicalCenterHealth(ramchealth.com))

¿Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera del hospital cubre los servicios hospitalarios y clínicos apropiados proporcionados por RAMC, dependiendo de su elegibilidad. La asistencia financiera puede no cubrir todos los costos de atención médica, incluidos los servicios prestados por otras organizaciones.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud: llame al 608-524-6487 y pregunte por los asesores financieros. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluida la asistencia por discapacidad y el idioma.

Para que su solicitud sea procesada, usted debe:

- Facilitarnos información sobre su familia**
Llenar el número de miembros de la familia en su hogar (la familia incluye a las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que vivan juntas)
- Facilitarnos información sobre los ingresos brutos mensuales de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones)**
- Facilite la documentación sobre los ingresos de la familia**
- Adjunte información adicional si es necesario**
- Firmar y poner la fecha a el formulario**

Nota: No es necesario proporcionar el número del Seguro Social para solicitar la ayuda económica. Si nos proporciona su número de Seguro Social ayudara a acelerar el trámite de su solicitud. Los números de Seguro Social se utilizan para verificar la información que nos proporciona. Si no tiene un número de Seguro Social marque "no aplicable" o "NA".

Envíe la solicitud completa con toda la documentación a:

Reedsburg Area Medical Center
2000 N. Dewey Ave.
Reedsburg, WI 53959

Asegúrese de guardar una copia para usted.

Para entregar su solicitud completa en persona: deje la solicitud completa con toda la documentación en la misma dirección, en el mostrador de registro principal.

Le notificaremos la determinación final de la elegibilidad y los derechos de apelación, si procede, en un plazo de 14 días hábiles a partir de la recepción de la solicitud de asistencia financiera completa, incluida la documentación de los ingresos.

Al presentar una solicitud de Asistencia financiera, usted da su consentimiento para que hagamos las averiguaciones necesarias para confirmar las obligaciones financieras y la información.

Queremos ayudar. ¡Por favor, envíe su solicitud con prontitud!

Puede recibir facturas hasta que recibamos su información. Los planes de pago existentes seguirán en vigor hasta que se haya completado la determinación de la elegibilidad

Formulario De Solicitud De Asistencia Caritativa/Financiera - Confidencial

Por favor, llene toda la información completamente. Si no aplica, escriba "NA". Adjunte paginas adicionales si es necesario.

SCREENING INFORMATION

- ¿Necesita un Intérprete? **Si** **No** *En caso afirmativo, indique el idioma preferido:*
- ¿Ha solicitado el paciente Medicaid? **Si** **No** *Quizá tenga que solicitarlo antes de ser considerado para asistencia financiera.*
- ¿Recibe el paciente servicios públicos estatales como Food Share o servicios básicos de apoyo asistencial? **Si** **No**
- ¿Está el paciente actualmente sin hogar? **Si** **No**
- ¿La necesidad de atención medica del paciente está relacionada con un accidente de tráfico o una lesión laboral? **Si** **No**

NOTA

- No podemos garantizar que pueda calificar para la ayuda económica, aunque la solicite.
- Una vez que envíe su solicitud, podremos comprobar toda la información y podremos pedirle información adicional o prueba de ingresos.
- En un plazo de 14 días después de recibir su solicitud y documentación completa, le notificaremos si reúne los requisitos para recibir asistencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del paciente | Segundo nombre del paciente | Apellido del paciente |
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____) | Fecha de nacimiento | Número del Seguro Social del Paciente (opcional*) <i>*Opcional, pero necesario para una asistencia más generosa por encima de los requisitos de la ley estatal.</i> |
| Persona responsable del pago de la factura | Relación con el paciente | Fecha de Nacimiento |
| | | Número del Seguro Social (opcional*) <i>*Opcional, pero necesario para una asistencia más generosa por encima de los requisitos de la ley estatal.</i> |
| Dirección Postal | | Número(s) de contacto principal |
| _____ _____ | | () _____ () _____ |
| Ciudad | Estado | Código Postal |
| | | Correo Electrónico: _____ |
| Situación laboral de la persona responsable del pago de la factura | | |
| <input type="checkbox"/> Empleado (Fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> Desempleado (cuanto tiempo desempleado: _____) <input type="checkbox"/> Empleo Propio <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Otro (_____) | | |

INFORMACION SOBRE LA FAMILIA

Enumere los miembros de la familia en su hogar, incluido usted. "Familia" incluye a las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____

Adjunte una página adicional de ser necesario

| Nombre | Fecha de Nacimiento | Relación con el paciente | Si tiene 18 años o más: Nombre del empleador o Fuente de ingresos | Si tiene 18 años o más: Ingreso bruto total (antes de impuestos): | Solicita también asistencia financiera? |
|--------|---------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| | | | | | Si / No |
| | | | | | Si / No |
| | | | | | Si / No |
| | | | | | Si / No |

Deben declararse los ingresos de todos los miembros adultos de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

- Salarios - Desempleo - Trabajo por cuenta propia - Indemnización por accidente de trabajo - Discapacidad - SSI -
 Manutención de hijos/conyugue - Programas de trabajo (estudiantes) - Pensión - Cuentas de jubilación - Otros (*explique*_____)



Formulario De Solicitud De Asistencia Caritativa/Financiera - Confidencial

INFORMACION SOBRE LOS INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir prueba de ingresos con la solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. La verificación de los ingresos es necesaria para determinar la asistencia financiera.

Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben declarar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración escrita y firmada que describa sus ingresos. Por favor proporcione pruebas para cada fuente de ingreso identificadas.

Algunos ejemplos de las pruebas de ingresos son:

- Una declaración de retenciones "W-2"; o
- Talones de pago actuales (3 meses); o
- La declaración de la renta del año pasado, incluidos los anexos, si procede; o
- Declaraciones escritas y firmadas por los empleadores u otras personas; o
- Aprobación/denegación de la elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica; o
- Aprobación/denegación de la elegibilidad para la compensación por desempleo.

Si no tiene pruebas de ingresos o no tiene ingresos, adjunte una página adicional con una explicación.

INFORMACION SOBRE LOS GASTOS

Utilizamos esta información para obtener una imagen más completa de su situación financiera

Gastos mensuales del Hogar:

| | | | |
|---------------------|--------------------------------------------------------|----------------|----------|
| Renta/Hipoteca | \$ _____ | Gastos médicos | \$ _____ |
| Primas de Seguro | \$ _____ | Utilidades | \$ _____ |
| Otras deudas/gastos | \$ _____ (manutención, prestamos, medicamentos, otros) | | |

INFORMACION SOBRE LOS BIENES

Esta información puede utilizarse si sus ingresos superan 101% de las Directrices Federales de Pobreza

Saldo Actual de la cuenta corriente
\$ _____

Saldo actual de la cuenta de ahorros
\$ _____

¿Cuenta su familia con estos bienes?

Por favor, marque todos lo que correspondan

- Acciones Bonos 401K Cuenta(s) de gastos médicos Fideicomisos
 Propiedades (excluida la vivienda principal) Propietario de un negocio

INFORMACION ADICIONAL

Por Favor, adjunte una página adicional si hay otra información sobre su situación financiera actual que le gustaría que conociéramos, como una dificultad financiera, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales o perdidas personales.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Reedsburg Area Medical Center puede verificar la información crediticia y obtener información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para asistencia financiera o planes de pago.

Afirmo que toda la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si se determina que la información financiera que proporciono es falsa, el resultado puede ser la denegación de la asistencia financiera, y puedo ser responsable y se espera que pague por los servicios prestados.

Firma de la persona que presenta la solicitud

Fecha