

A nuestro valioso paciente:

Gracias por escoger Eastern Oklahoma Medical Center para sus necesidades de atención médica. Adjunto lo harás busque una solicitud de asistencia financiera hospitalaria. Esto es solo para los servicios de asistencia financiera cubiertos.

Los pacientes con un ingreso familiar igual o inferior al 300% de la pauta federal de pobreza aplicable que carecen de fondos suficientes para pagar sus facturas pueden ser elegibles para recibir asistencia. Los pacientes con facturas médicas importantes, independientemente de sus ingresos, también pueden ser elegibles para recibir asistencia. Además de los ajustes parciales o totales, la asistencia incluye acuerdos de pago extendidos.

Al recibir una solicitud completa, nuestro personal llevará a cabo una revisión de la solicitud para una posible ayuda con el saldo de su (s) cuenta (s). Le notificaremos por escrito después de nuestra revisión.

Si tiene alguna pregunta con respecto a la solicitud o la información anterior, comuníquese con un asesor financiero del hospital o llame al número que se indica a continuación.

Devuelva esta página y la solicitud completa y proporcione toda la documentación de respaldo a la oficina comercial del hospital. La documentación de respaldo puede incluir lo siguiente:

- Declaración de la renta más reciente y completa
- 3 talones de cheques de pago más recientes (se puede solicitar información adicional)
- 3 extractos de cuentas corrientes / de ahorro más recientes
- Cupones para alimentos o carta de concesión de SSI / SSA / SSD
- Si informa un ingreso de \$ 0, adjunte una breve explicación de cómo usted o el paciente están satisfaciendo las necesidades básicas.

Atentamente,

Jennifer Perez Supervisor de admisiones
918-635-3302
lunes – viernes
8:00 AM to 5:00 PM

Envíe las solicitudes completadas a:
Eastern Oklahoma Medical Center
105 Wall Street
Poteau, OK 74953

Fecha de aplicacion: _____ Nombre del garante (si corresponde):

Nombre del paciente: _____ Fecha (s) de servicio: _____

Número de cuenta del hospital _____

EASTERN OKLAHOMA MEDICAL CENTER

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE

Nombre de la parte responsable:		Relación con el paciente:	
Fecha de nacimiento:	SSN:	Phone:	
Dirección actual:			
Ciudad:	Expresar:	Código postal:	
Propio Renta (Por favor marque)	Mensualidad:	¿Cuánto tiempo?	
Dirección anterior:			
Ciudad:	Expresar:	Código postal:	
Propiedad Alquilado (Por favor marque)	Pago mensual o alquiler:	¿Cuánto tiempo?	
Número de personas en el hogar:		Número de dependientes (menores de 21 años):	
Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento del paciente:	
Ciudadanía estadounidense: Y / N	Legalmente ciego: Y / N	Residente del hogar de ancianos: Y / N	Víctima del crimen: Y / N
Embarazada: Y / N	Solicitud de SSI / Cupones para Alimentos / Medicaid / Discapacidad pendiente: Y/N		

Account Number(s):

INGRESOS DEL HOGAR

Tipo	Monto de la parte responsable	Monto del cónyuge u otro residente	Tipo de verificación requerida
Ingresos laborales (brutos)	\$	\$	Proporcione talones de pago de los últimos 3 períodos de pago o 3 meses de extractos bancarios
Ingresos de trabajo por cuenta propia (brutos)	\$	\$	Proporcionar extractos bancarios de 3 meses
Pensión, jubilación, ingresos de la seguridad social	\$	\$	Proporcione su declaración de pensión / jubilación y / o carta de adjudicación de SSI
Desempleo, ingresos por discapacidad, etc.	\$	\$	Proporcione una carta de concesión de desempleo, discapacidad o extractos bancarios de 3 meses
Manutención de niños, pensión alimenticia	\$	\$	Proporcionar copia de la sentencia de divorcio o documentos de adjudicación de manutención de menores.
Otro: _____	\$	\$	Proporcionar extractos bancarios de 3 meses

ACTIVOS

Tipo	Institución financiera	Monto / valor total del saldo
Dinero en efectivo	\$	\$
Guardando cuentas	\$	\$
Cuentas corrientes	\$	\$
Acciones o bonos	\$	\$
401(k) / IRA	\$	\$
casa	\$	\$
Vehículos distintos del vehículo principal	\$	\$
Barcos / cuatrimotos / vehículos recreativos	\$	\$
LOS ACTIVOS TOTALES	\$ _____	

GASTOS MENSUALES

Tipo	Mensualidad	Monto adeudado
Pago / alquiler de la casa	\$	\$
Seguro de casa	\$	\$
Otras propiedades		
Impuesto sobre la propiedad	\$	\$

EASTERN OKLAHOMA MEDICAL CENTER

Utilidades		
Electricidad	\$	\$
Agua	\$	\$
Gas	\$	\$
Teléfono / Celular	\$	\$
Cable / Satélite / Internet	\$	\$
Pensión alimenticia / manutención infantil	\$	\$
Costos de cuidado infantil	\$	\$
Primas de seguro de automóvil	\$	\$
Primas de seguro médico	\$	\$
Comestibles	\$	N/A
	Total parcial \$ _____	\$
Pago (s) del vehículo		
	Total parcial \$	\$
Pago (s) de tarjeta de crédito / préstamo		
		\$
Facturas médicas pendientes (Lista)		
	Total parcial \$	\$
GASTOS TOTALES		

Certifico que la información anterior es precisa y completa. Entiendo que el hospital se reserva el derecho de verificar toda la información proporcionada. Acepto notificar al Departamento de Servicios Financieros del hospital sobre cualquier cambio en mi información financiera dentro de los 30 días posteriores al cambio. Entiendo que esta aplicación no me exime de mi responsabilidad financiera por los cargos en Eastern Oklahoma Medical Center.

	Fecha:
Firma del solicitante	
	Fecha:
Firma del testigo / traductor (si corresponde)	
	Fecha:
Firma del representante del hospital	