

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA (FAA)

USTED PUEDE SER ELEGIBLE PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. Completar esta solicitud ayudará a Eastern Oklahoma Medical Center a determinar si califica para servicios gratuitos o con descuento o si es elegible para otros programas públicos que pueden ayudarlo a pagar su atención médica.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO:

Por favor, complete este formulario por completo y devuélvalo con todos los documentos requeridos. No se otorgará asistencia financiera a aquellos que no completen el proceso de solicitud, incluido el requisito de que el paciente solicite programas para los que pueda calificar (es decir, Medicaid).

Por favor, envíe esta solicitud con la siguiente documentación:

1. **Copias de su declaración de impuestos federales más reciente con todos los anexos (incluidos los W-2) o Prueba de no llenado (Formulario 4506 del IRS)**
2. **Verificación de ingresos del hogar como se requiere a continuación en la sección "Ingresos mensuales del hogar"**
3. **Prueba de denegación de Medicaid, si es elegible: solicite en <http://www.okhca.org/individuals.aspx> (inscripción en línea)**

NOMBRE DEL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE CUENTA PARA EL QUE SE SOLICITA		
Parte Responsable/Nombre del Garante		Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social		
Relación con el paciente		Teléfono residencial	Teléfono celular		
Dirección actual		¿Propio/Alquiler?	Ciudad, Estado, Zip		
Nombre/dirección del empleador			Teléfono del trabajo		
Nombre del cónyuge		Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social		
Nombre/dirección del empleador		Teléfono del trabajo	Teléfono celular		
Miembros adicionales del hogar					
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación

Otra información

1. ¿Su empleador (o el empleador de su cónyuge) ofrece seguro de salud grupal? Y/N Si Y, enumere la compañía de seguros a continuación
2. ¿Tiene otros tipos de seguro que pueden pagar facturas médicas? Y/N If Y, lista de la compañía de seguros a continuación
3. ¿Tiene una cuenta de ahorros para la salud/gastos flexibles? Y/N If Y, ¿cuál es el monto del saldo \$ ___ -

4. ¿Su empleador le reembolsa algún deducible o costo de atención médica? Y/N
5. ¿Se le negó Medicaid? Y/N If Y, por favor adjunte copia de la denegación de Medicaid
6. ¿Es elegible para COBRA a través de un empleador anterior? Y/N Si Y, enumere la compañía de seguros a continuación

Ingresos mensuales del hogar			
Tipo	Responsable	Cónyuge y otros	Tipo de verificación de ingresos requerida
Ingresos <u>laborales para todos los miembros del hogar</u> (brutos) Ingresos por cuenta propia (brutos)	\$	\$	Proporcionar talones de cheque de pago para los últimos 2 meses o estados de cuenta bancarios para los últimos 3 meses
Pensión, Jubilación, Ingresos del Seguro Social	\$	\$	
Desempleo, Ingresos por Discapacidad	\$	\$	
Manutención de los hijos, pensión alimenticia	\$	\$	
Otros (por favor enumere la fuente)	\$	\$	

Activo		
Tipo	Institución financiera	Saldo total (aproximado con la mayor precisión posible)
Efectivo		\$
Cuenta(s) de cheques*		\$
Cuenta(s) de ahorros*		\$
Acciones o Bonos*		\$

*Proporcionar estados de cuenta bancarios de 3 meses y estados de cuenta de acciones / bonos (si corresponde)

Por favor, explique cualquier situación de la que debemos ser informados para comprender su incapacidad para pagar el saldo médico. Puede adjuntar una hoja separada si se necesita más espacio. Es posible que se requiera una verificación adicional.

1. ¿Estuvo involucrado el paciente en un supuesto accidente que llevó a la necesidad de servicios?
2. ¿Fue el paciente víctima de un presunto delito que llevó a la necesidad de servicios?

Por la presente declaro que la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta. Autorizo cualquier verificación requerida, incluido un informe de buró de crédito. Entiendo que si se determina que esta información es falsa o engañosa, seré responsable del pago de los cargos por todos los servicios prestados. Entiendo que esta solicitud de asistencia financiera puede no pertenecer a otros proveedores de atención médica.

Responsable:

Firma _____

Fecha: _____

SOLO USO DE LA OFICINA DE NEGOCIOS DE EASTERN OKLAHOMA MEDICAL CENTER

Lista de verificación de la información requerida para completar el proceso de solicitud:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Formulario completamente relleno con firma y fecha |
| <input type="checkbox"/> | Copias de la declaración de impuestos federales actual con todos los anexos, incluidos los W-2 (o Prueba de no presentación del Formulario 4506 del IRS) |
| <input type="checkbox"/> | Artículos requeridos en la sección verificación de ingresos del hogar |

Fecha de todos los artículos recibidos por la Oficina de Negocios de Eastern Oklahoma Medical Center:

Representante de la Oficina de Negocios de Eastern Oklahoma Medical Center: _____

Fecha de revisión de la solicitud final: ____ _____

Nivel de Asistencia Financiera Aprobada: _____

Rango de fechas de aprobación: _____

Asistencia Financiera Denegada: _____

Motivo de la denegación: _____

Notificaciones enviadas:

Paciente: ____ Hospitalists _____

Médicos de urgencias: _____ Otro _____