

Hegg Memorial Health Center
Solicitud para Ayuda Financiera e Información Financiera del Paciente

Este formulario sirve para proporcionarle a Ud. información para ayudarle a satisfacer su obligación financiera con Hegg Memorial Health Center

Nombre del Solicitante _____ Nombre de cónyuge o pareja _____

Dirección Actual _____ Arrendatario _____ Propietario _____ Años de residencia _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono Fijo _____

Estado Civil: S C D V Sep Otro

de Seguro Social del Solicitante _____ # de Seguro Social de Cónyuge _____

Fecha de Nacimiento del Solicitante _____ Fecha de Nacimiento de Cónyuge _____

Apunte los/las dependientes, por favor: (adjuntar otra hoja si es necesario)

Nombre	Edad	Parentesco	Nombre	Edad	Parentesco
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Empleador del Solicitante _____ Empleador de Cónyuge o Pareja _____

Puesto _____ Años de Empleo _____ Puesto _____ Años de empleo _____

Ud. Tiene o ha solicitado la cobertura de Medicaid? Sí _____ No _____ ¿Si no, por qué? _____

¿Ud. es un estudiante actualmente? Sí _____ No _____

¿Si Ud. tiene menos de 26 años, el empleador de su padre/madre ofrece cobertura médica para Ud.? Sí _____ No _____

Solicitantes deberían solicitar Medicaid y cualquier otro programa de asistencia financiera potencial antes de llenar esta solicitud para asistencia financiera. Si usted es un residente de Dakota del Sur, Ud. debe solicitar también asistencia del programa County Poor Relief (Auxilio del condado a los Pobres) antes de solicitar asistencia financiera. Si Ud. tiene alguna pregunta sobre la asistencia financiera, o la información que se requiere en esta solicitud, Por favor, póngase en contacto con el Gerente de Cuentas del Paciente o el/la consejero/a financiero/a de Hegg Memorial Health Center, 712-476-8000. Devuelve, por favor, la solicitud finalizada, con los documentos acreditativos, a la oficina de negocios en donde Ud. hubiera recibido los servicios.

*La oficina de negocios podría pedir información adicional si es necesario.

Al entregar esta solicitud de asistencia financiera, entiendo que el Departamento de Cuentas del Paciente de Hegg Memorial Health Center, al recibir esta solicitud, pueda compartirla y los otros documentos relacionados con los otros organizaciones de Avera que participan con mi tratamiento o hayan proveído tratamiento aparte.

Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.

Ingreso Familiar Mensual	Solicitante	Cónyuge/Otros miembros de la familia	Gasto Familiar Mensual	Solicitante/Cónyuge/ Otros miembros de la familia
Empleo (Salario Bruto/Neto)	\$ _____	\$ _____	Renta/Hipoteca	\$ _____
Seguro Social/Seguro de Discapacidad /Pensión/ Pensión de veterano (todos los fuentes)	\$ _____	\$ _____	Alimentos	\$ _____
Subsidio por incapacidad laboral	\$ _____	\$ _____	Cuota del auto	\$ _____
ADC/WIC/vales de alimento	\$ _____	\$ _____	Cuidado de Niños	\$ _____
Pensión Conyugal/Pensión alimentaria	\$ _____	\$ _____	Transportación/gastos de Auto	\$ _____
Ingreso de inversión/interés	\$ _____	\$ _____	Médico/Dental*	\$ _____
Otros (Apuntar _____)	\$ _____	\$ _____	Seguro (Auto, médico, etc.)	\$ _____
Total de Ingreso Mensual	\$ _____	\$ _____	Tarjeta de Crédito (_____)	\$ _____
Ingreso Mensual Neto	\$ _____	\$ _____	Empresa de Cobros	\$ _____
Ingreso total de los últimos 12 meses.	\$ _____	\$ _____	Ropa	\$ _____
Se requiere una copia de la declaración de impuestos y los talones de pago de los últimos 2 meses.			Otro (Apuntar _____)	\$ _____
			Total de Gasto Mensual	\$ _____

Activos (Valor presente de mercado)

Dinero en efectivo/Banco/Ahorros	\$ _____
Inversiones/CD's (Valor de mercado)	\$ _____
Prestamos/Valor en efectivo del seguro de vida	\$ _____
Residencia: total de pies cuadrados: _____	
Precio de compra \$ _____	
Valor actual estimado	\$ _____
Auto primario: Año/Modelo _____	\$ _____
Otro auto: Año/Modelo _____	\$ _____
Otro auto: Año/Modelo _____	\$ _____
Inmueble de Granja: # de acres _____	\$ _____
Equipo Agrícola	\$ _____
Ganado	\$ _____
Propiedad de Alquiler	\$ _____
Empresa	\$ _____
Otro _____	\$ _____
Total de Activos	\$ _____

Pasivos

Factura Medica* _____	\$ _____
Factura Medica * _____	\$ _____
Factura Medica * _____	\$ _____
Tarjeta(s) de Crédito	\$ _____
Hipoteca residencial (saldo actual)	\$ _____
Préstamo de muebles y electrodomésticos	\$ _____
Préstamo del Auto primario (saldo actual)	\$ _____
Préstamo del Auto no primario (saldo actual)	\$ _____
Préstamos del inmueble (saldo actual)	\$ _____
Cantidad debido de equipo agrícola	\$ _____
Cantidad debido de Ganado	\$ _____
Préstamo de Propiedad de Alquiler	\$ _____
Préstamo de empresa	\$ _____
Cantidad debido a otros	\$ _____
Cantidad debido a Empresa(s) de Cobro	\$ _____
Total de Pasivos	\$ _____

*Gastos de Cuenta Propia o Pasivos únicamente (el neto de cualquier seguro, descuento, pasivo a terceros, o cualquier otro reclamación potencial)

- ¿Su empleador le ofreció seguro médico a Ud.? ____ Sí ____ No
 ¿Su empleador le denegó seguro médico a Ud.? ____ Sí ____ No
 ¿Ud. ha solicitado el seguro mediante el programa de intercambio de seguro médico? ____ Sí ____ No
 ¿Es elegible para cobertura COBRA? ____ Sí ____ No

Por el presente, admito que la información dada a Hegg Memorial Health Center es verdadera y correcta. Autorizo a Hegg Memorial Health Center a verificar cualquiera de la información dada por mi parte. Proveeré la documentación de esta información a pedido.

Firma _____ Fecha _____

Firma _____ Fecha _____

INTERNAL USE ONLY

Date Sent: _____ Returned Date: _____

Approved _____ Date _____ Denied _____ Date _____

Approved by: _____ Denied By: _____

Beneficios de la asistencia publica

Ud. podría ser elegible por MEDICAID u otros beneficios federales o estatales que pagarían una parte o todo de su factura médica.

Hemos reclutado el departamento de servicios humanos del condado de Sioux para ayudarnos a explorar cuales beneficios puedan ser disponibles para usted. El departamento de servicios humanos del condado de Sioux es una agencia de interés público que provee servicios gratuitos a los que estén calificados. Una representante del departamento de servicios humanos del condado de Sioux puede ayudarle a determinar si sería apropiado para ellos asistirle a solicitar beneficios.

Si el departamento de servicios humanos del condado de Sioux acepta su caso, seguirán su caso hasta que su solicitud haya sido aprobada o denegada. Todo esto se hará sin cargo alguno para usted.

Si Ud. tiene alguna pregunta sobre esta información, contacte a:

Sioux County Department of Human Services
215 Central Ave SE
PO Box 375
Orange City, IA 51041
(712) 737-2943 or 1-800-337-2943

Persona de contacto de Hegg Memorial Health Center:

Consejero/a Financiero/a
712-476-8000

Beneficios de la asistencia publica

Ud. podría ser elegible por MEDICAID u otros beneficios federales o estatales que pagarían una parte o todo de su factura médica.

Hemos reclutado a The Midland Group (El Grupo Midland) Para ayudarnos a explorar cuales beneficios puedan ser disponibles para Ud.. The Midland Group es un despacho de abogados que provee asesoría legal a los que estén calificados. Un representante de The Midland Group le contactará para determinar si sería apropiado para ellos ayudarle a solicitar beneficios.

Si The Midland Group acepta su caso, seguirán su caso hasta que su solicitud haya sido aprobada o denegada. Todo esto se hará sin cargo alguno para usted.

Si Ud. tiene alguna pregunta sobre esta información, contacte a:

The Midland Group
625 S. Minnesota Ave, Suite 101
Sioux Falls, SD 57104
(605) 339-3310 or 1-800-595-7868

Persona de contacto de Hegg Memorial Health Center:

Consejero/a Financiero/a
712-476-8000

Anexo III

Hegg Memorial Health Center

Consentimiento para divulgación al condado de residencia

Yo, el suscrito entiendo que recibiré o he recibido el antedicho servicio médico y en el momento del tratamiento, yo o no tenía/tengo cobertura de seguro, o no estoy consciente de alguna cobertura de seguro, sea comercial u otra cosa, al cual la organización médica pueda entregar reclamaciones de mi parte por el propósito de obtener pago o beneficios pertinentes por mi tratamiento médico. También afirmo que ni estoy elegible para los beneficios del Servicio de Salud Indígena ni soy miembro de un tribu de nativos americanos y así el Servicio de Salud Indígena o la Oficina de Asuntos Indígenas no son recursos potenciales que el hospital podría usar para presentar reclamaciones en mi nombre. También afirmo que no he servido en cualquiera rama de las fuerzas armadas, o si he servido en una rama de las fuerzas armadas, la atención medica que recibo no es elegible o cubierto por la Administración de Salud de Veteranos.

Entiendo que yo pueda tener o no, los recursos financieros para pagar el costo del tratamiento médico tal como el médico que me atiende/trata recomienda, y por siguiente, yo firmo este formulario para autorizar toda persona, agencia, o institución (incluso este organización médico y mis médicos/as) a divulgar información sobre mi número de seguro social, información médica sobre mi tratamiento médico, e información financiera sobre yo mismo o mis familiares al director(a) de prestaciones sociales, auditor, procurador del estado, o comisionado del condado de mi condado de residencia. Mi condado de residencia se requerirá esta información para procesar beneficios en mi nombre, por los cuales, yo podría ser elegible.

Al firmar abajo, indico que yo entiendo plenamente el consentimiento de divulgación de información y firmo voluntariamente abajo.

Fecha este _____ día de _____, año.

*Número de Seguro Social del Paciente

*Condado de Residencia

*Paciente

Representante del Paciente

*Testigo

Testigo

*# De cuenta

*Se Requiere

Anexo IV

**Hegg Memorial Health Center Health
Solicitud de Asistencia Financiera
Elegibilidad Presunta**

Nombre del Paciente: _____ Número de Seguro Social del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____ Numero de la Cuenta del Paciente: _____

Normas de Elegibilidad que se pueda considerar:

Si es aplicable, ponga los iniciales	Razón de Elegibilidad
	Sin techo o ha recibido atención de una clínica para personas sin hogar
	Sin ingresos
	Participación con El Programa Especial De Nutrición Suplementaria Para Mujeres, Infantes Y Niños (WIC)
	Elegibilidad para vales de comida
	Elegibilidad para el Programa Nacional de Almuerzos Escolares
	Elegibilidad para otros programas de asistencia estatal o local que no tienen financiación. (p. Ej. Obligación de pago de Medicaid)
	Amigos o familiares del paciente han proporcionado información que estableció la discapacidad de la familia a pagar.
	Vivienda de escasos recursos o subvencionado se provee como una dirección valida
	Paciente es difunto sin herencia conocida
	Paciente/Otorgante está encarcelado, no tiene activos, y no esta elegible para libertad provisional dentro de los próximos 18 meses.
	Otro (Describir):

Verificación

Adjuntar documentación o atestaciones escritas que muestran la elegibilidad

Firma del Remitente: _____ Fecha: _____

Aclaración de Firma: _____ Titulo: _____