

Estimado/a paciente:

Las situaciones personales o familiares a veces hacen que sea difícil o imposible que una persona pague los servicios de atención médica. Nos comprometemos a ser un recurso comunitario para la atención de los pacientes. Aunque la atención médica es costosa, no todos pueden pagarla al mismo nivel. Sin embargo, esto no debería ser un motivo para que no reciban atención.

Encontrará adjunto nuestro formulario de solicitud de asistencia financiera. **Debe completar la solicitud en su totalidad y enviarla con toda la documentación de respaldo tan pronto como sea posible para que se lo considere para nuestro programa de asistencia financiera. Debemos** tener pruebas de los ingresos o de la falta de ingresos para considerar su solicitud de asistencia financiera.

Envíe la siguiente documentación:

- Solicitud de asistencia financiera completa.
- Copia de su última declaración federal de impuestos a las ganancias (si declara impuestos).
- Copias de sus últimos tres recibos de sueldo y de los últimos tres de su cónyuge.
- Documentación que acredite que usted o su cónyuge reciben pensiones o beneficios por desempleo, por incapacidad o del Seguro Social.
- Notificación del programa estatal de Medicaid de que usted solicitó cobertura y que se determinó que no es elegible.
- Copia de cualquier otra información que considere pertinente sobre sus ingresos o su situación. Por ejemplo, ayuda para pagar todas las facturas médicas pendientes actuales (después del pago por parte de todos los terceros) para la determinación potencial de asistencia basada en la indigencia médica.

Si se aprueba la asistencia, las cuentas de Dunes Surgical Hospital se ajustarán de acuerdo con la política y las directrices de asistencia financiera de Dunes Surgical Hospital.

Si tiene alguna pregunta o desea hacer arreglos de pago, llame al 605-217-4800 y nuestro personal de la oficina de facturación estará encantado de ayudarle. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Conserve esta carta para sus registros

Atentamente,

Dunes Surgical Hospital

Dunes Surgical Hospital Solicitud de asistencia financiera

Por ley tenemos la obligación de mantener su información de forma confidencial. Esta información solo se utilizará para confirmar su necesidad de asistencia financiera. La asistencia financiera se basa en los niveles federales de ingresos de pobreza.

Documentos requeridos: ****No se aceptarán solicitudes incompletas****

- Última declaración federal de impuestos a las ganancias, si declara impuestos (incluido el anexo C, si trabaja de forma independiente)
- Tres recibos de sueldo recientes del solicitante y del cónyuge o la pareja si trabaja
- Comprobante de pago del Seguro Social, de pensiones, por desempleo o por incapacidad, si recibe estos beneficios
- * Notificación del programa estatal de Medicaid de que usted solicitó cobertura y que se determinó que no es elegible
- Opcional: ayuda para pagar todas las facturas médicas pendientes actuales (después del pago por parte de todos los terceros)
- Si no tiene ingresos: carta, escrita y firmada, de las personas que pagan sus gastos de manutención

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º del Seguro Social: _____

Nombre del cónyuge o la pareja: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º del Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de contacto: _____

DEPENDIENTES MENORES DE 18 AÑOS:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Relación con el solicitante: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Relación con el solicitante: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Relación con el solicitante: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Relación con el solicitante: _____

Nombre del empleador del solicitante: _____ Ingresos brutos mensuales: _____

Nombre del empleador del cónyuge: _____ Ingresos brutos mensuales: _____

Otros ingresos mensuales

	Solicitante	Cónyuge	Otros
Seguro Social, incapacidad del Seguro Social			
Pensión, cuenta IRA, plan 403(b), cobro de anualidades			
Pensión alimenticia o de menores			
Ayuda federal (en efectivo, cupones para alimentos, etc.)			
Indemnización por accidentes laborales, desempleo			
Acciones, bonos, rentas o alquileres			
Otros			
Total de ingresos brutos mensuales			

Otros ingresos anuales (si es autónomo)

	Solicitante	Cónyuge	Otros
Ingresos brutos ajustados			
Total de ingresos anuales (si corresponde)			
Total de activos contables (los primeros \$5000 están protegidos)			

Activos:	Valor
Dinero en efectivo	
Saldo de las cuentas corrientes	
Saldo de las cuentas de ahorro	

Activos:	Valor
Inversiones u otros valores	
Ahorro para la jubilación	
Valor en efectivo de la póliza del seguro de vida	

Propiedad:	
Valor de la vivienda principal	
Saldo adeudado de la hipoteca	
Pago mensual	

Valor de otra vivienda	
Saldo adeudado de la hipoteca	
Pago mensual	

Vehículos que posee (carros, camiones, casas rodantes, etc.)

Año _____
 Marca y modelo _____
 Millaje _____
 Saldo adeudado _____

Año _____
 Marca y modelo _____
 Millaje _____
 Saldo adeudado _____

Marque con un círculo todos los programas estatales y federales solicitados el año pasado:

Medicaid o Title 19 Seguro Social o incapacidad Ayuda para medicamentos Otros: _____

¿Usted o su cónyuge se quedaron desempleados en los últimos 90 días? **Sí o No** ¿Tenía seguro? **Sí o No**
 ¿Recibió el seguro? **Sí o No** ¿Es elegible para recibir COBRA? **Sí o No** Si lo es, nombre de la empresa: _____

Proporcione o adjunte cualquier información adicional que considere útil para comprender su situación actual. (Si está desempleado, indique cómo afronta sus gastos mensuales).

AFIRMACIÓN DEL CLIENTE: Afirmo que las declaraciones realizadas de mis activos en el presente documento son ciertas y correctas. Entiendo que toda declaración falsa o inexacta de hechos materiales podría dar lugar a la descalificación para la asistencia financiera.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Envíe el formulario de solicitud completo y la documentación requerida a: Dunes Surgical Hospital
 Attention: Financial Assistance
 600 Sioux Point Road
 Dakota Dunes, SD 57049