

Solicitud de asistencia financiera

Gracias por elegir Hills & Dales General Hospital por su salud y necesidades de cuidado. Hills & Dales General Hospital se enorgullece de ofrecer calidad y atención médica asequible para la comunidad. Estamos aquí para ayudar a aquellos que necesitan asistencia financiera y para ayudar a quienes puedan tener dificultad para pagar sus facturas médicas.

Se adjunta nuestro resumen en lenguaje sencillo de nuestra asistencia financiera. Política. Esto explicará el proceso y los requisitos de elegibilidad para Solicitud de solicitud de asistencia financiera. Para ver la política completa por favor visita www.hdghmi.org y haga clic en facturación / asistencia financiera o comuníquese con uno de nuestros especialistas en recolección al 989-912-6800 para obtener un papel Copiar.

Para solicitar asistencia financiera, complete la solicitud adjunta y envíelo a Hills & Dales General Hospital en persona o por correo dentro de los 240 días posteriores a la fecha en que se envía el primer estado de cuenta a el paciente / garante. Las aprobaciones de asistencia financiera serán efectivas por un período de 90 días e incluyen emergencias posteriores o cuidado necesario. Un cambio en la situación financiera o la adición de un tercero La elegibilidad de las partes puede alterar el período de aprobación y requerir más revisión. Las aprobaciones de asistencia financiera no incluirán esas cuentas actualmente en una agencia de cobranza a menos que hayan pasado 240 días o menos desde recibió su primera declaración de paciente.

El paciente reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información solicitada en la solicitud para ayudar a Hills & Dales General Hospital para determinar si el paciente es elegible para asistencia financiera.

La información solicitada en este formulario se solicita para que Hills & Dales General Hospital puede dar plena consideración a una solicitud de atención de caridad. La información se mantendrá confidencial y no se utilizado para cualquier otro propósito.

Documentos requeridos:

- Copia del comprobante de pago más reciente
- Declaración de impuestos federales sobre la renta actual
- Copia del comprobante de estado de cuenta / cheque más reciente para todos los demás beneficios de ingresos incluso:
 - o Seguro Social
 - o VA
 - o Desempleo / Despido Pagar
 - o Pensión / Jubilación
 - o Pensión alimenticia y manutención infantil
 - o Compensación de trabajo
 - o Confianza
 - o Alquiler
 - o Intereses / Dividendos
 - o Discapacidad
 - o Otro
- Estado de cuenta de cuenta corriente más reciente: se utilizará únicamente como verificación de ingresos.
- El saldo no afectará el monto de la amortización de la asistencia financiera
- Formularios que aprueban o niegan el desempleo

Información general

Nombre del paciente: _____
Cuenta / Garante # _____
Fecha de servicio: _____
Dirección: _____
Número de teléfono _____
Nombre de la parte responsable (garante): _____
Relación con el paciente: _____
Empleador: _____
Dirección: _____
Si está desempleado, ¿cuánto tiempo? _____
Empleador del cónyuge: _____
Dirección: _____
Si está desempleado, ¿cuánto tiempo? _____

Enumere todos los miembros de la familia en su hogar

(Solo para uso de oficina) Total anual \$ _____

¿Presentó una declaración de impuestos sobre la renta el año pasado? _____

En caso afirmativo, proporcione una copia.

Si la respuesta es no, explique la razón por la que no presentó la solicitud _____

Se rechazarán todas las solicitudes incompletas.

Certifico que la información presentada en este documento es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. conocimiento. Entiendo que esta solicitud está hecha para que Hills & Dales General Hospital puede determinar mi elegibilidad para un descuento según la escala móvil de asistencia financiera Criterios del programa. Si alguna información que he proporcionado resulta ser falsa, entiendo que el El hospital u otra entidad operativa puede reevaluar mi estado financiero y tomar lo que sea acción apropiada. Toda la información proporcionada está sujeta a verificación y puede incluir un crédito controlar.

Firma del aplicante: _____

Fecha de solicitud: _____

Solo para uso de oficina

Fecha de recepción: _____

Nombre del consejero de asistencia financiera _____

Notas especiales