

POLIZA

When in hard copy form, refer to Policy Manager to validate this as the most current revision..

Título: poliza	CONWAY MEDICAL CENTER POLIZA DE ASISTENCIA FINANCIERA		
Publicado por:	Servicios financieros del paciente	Referencia #:	PFS-001-POL
Aprobado por:	Director de Servicios Financieros del paciente y CFO	Fecha efectiva:	11/14/95 Última revisión 8/09/16

Alcance: Conway Medical Center y sus consultorios médico

Definiciones:

Afiliado: incluye Conway Medical Center y cualquier entidad de propiedad total o una entidad opera bajo el nombre de Centro Médico de Conway.

Período de aplicación: el período comprendido desde la fecha en que se proporcionan cuidados medicos y termina en los 240^a días después de que el paciente es porporcionado la primera factura.

Conway Medical Center: En la poliza, de las referencias que incluyen consultorios médicos propiedad Del Centro Medico de Conway.

Ayuda Financiera: Los servicios de asistencia financiera necesaria para tratar una enfermedad, lesión, condición, enfermedad o síntomas-que cumplan con los estándares aceptados de la medicina que, si no se trata rápidamente, conduciría a un cambio adverso en su salud.

Programa de Derecho: un programa de gobierno garantiza ciertas prestaciones de atención de la salud para un segmento de la población. Esto no incluye el intercambio de salud establecido por la Ley de atención asequible.

Familia: Incluye el esposo, esposa y los hijos (incluyendo hijastros) que viven en el hogar que son dependientes para impuestos fiscales.

Los ingresos: anuales de la familia: Los ingresos familiar y los beneficios en efectivo de todas las fuentes antes de impuestos, no incluyen los pagos de pensión alimenticia y la manutención de los hijos.

Servicios médicamente necesarios: Servicios para una condición que, si no se trata rápidamente, conduciría a un cambio adverso en el estado de salud de un paciente.

Resumen en lenguaje llano: una declaración escrita que notifica a un individuo que la Conway Medical Center ofrece asistencia financiera en el marco de esta poliza, y proporciona la siguiente información adicional en un lenguaje claro, conciso y fácil de entender:

- Breve descripción de los requisitos de elegibilidad y la asistencia ofrecida en esta poliza.
- Un breve resumen de cómo solicitar asistencia en virtud de esta poliza.
- dirección web (o URL) y ubicaciones físicas donde el individuo puede obtener copiasde esta poliza y el formulario de solicitud.
- Instrucciones sobre cómo el individuo puede obtener una copia gratis de esta poliza y el formulario de solicitud.
- La información de contacto, incluyendo el número de teléfono y la ubicación física de las instalaciones, oficina o departamento que pueden proporcionar información acerca de

POLIZA

When in hard copy form, refer to Policy Manager to validate this as the most current revision..
esta poliza. o una organización sin fines de lucro que pueden proporcionar asistencia.

- Una declaración de la disponibilidad de traducciones de esta poliza, la aplicación y el lenguaje simple Resumen en otros idiomas, si procede, y
- Una declaración de una asistencia financiera no se podrá cobrar más que el importe facturado en general para las personas con seguro que cubra el mismo cuidado de emergencia u otra atención médica necesaria.

Área de servicio - definidos y aplicados consistentemente por Centro medico de Conway e incluye el 80-90% de los pacientes. Área incluye Horry y sus condados vecinos.

Declaración de poliza:

El Centro Medico de Conway tiene como misión mejorar la salud general de nuestras comunidades. El Centro Medico De Conway - El Centro Medico de Conway y afiliados proporcionará atención de caridad (gratuitos) para pacientes de bajos ingresos calificados. Este servicio, junto con otros servicios de beneficio comunitario, es esencial para la misión del Centro Médico Conway fulfillment. El propósito de esta Directiva es establecer los criterios y condiciones para la prestación de atención de caridad a los pacientes cuya situación financiera hace impráctico o imposible de pagar en caso de emergencia o servicios médicamente necesarios. Esta poliza no cubre servicios electivos. Las personas que cumplan los criterios de elegibilidad establecidos en esta poliza califican para recibir atención médica gratuita en caso de emergencia o servicios médicamente necesarios. Confidencialidad de la información y la dignidad de la persona se mantendrá para todos los que buscan asistencia en virtud de la presente Directiva. El Conway Liderazgo Ejecutivo del Centro Médico y/o el Centro Médico Conway Junta de Directores debe aprobar cualquier modificación de esta poliza.

Requisitos de poliza:

I) La elegibilidad para la atención de caridad

A) Área de servicio

- 1) Los pacientes del hospital: los residentes dentro del área de servicio del Centro Médico Conway, son elegibles para solicitar la atención de caridad, tal como se definen en la presente Directiva.
- 2) Consultorios Médicos: pacientes: debe vivir en el área de servicio del Centro Médico de Conway Y sus Consultorios.
- 3) Los pacientes que viven fuera del area del Centro Medico De Conway y sus Consultorios medicos serán examinadas y aprobadas por el Director de Servicios Financieros del paciente y/o designados.

B) Ingresos: El paciente debe estar seguro, que no tenga acceso a programas de subsidio, renta familiar anual inferior o igual al 200% de la corriente disponible año Directrices Federales de Pobreza y deben estar sin cuantiosos activos líquidos (es decir, el efectivo en caja). Cobertura de asegurados se concederá únicamente en circunstancias limitadas a la gestión en el examen y la aprobación de todos los documentos de atención de beneficencia.

C) Servicios cubiertos: servicios cubiertos médicamente necesarios y de emergencia incluyen los servicios recibidos en Conway Medical Center o Conway Center-Owned

POLIZA

When in hard copy form, refer to Policy Manager to validate this as the most current revision..

Prácticas Médicas Médico Para los pacientes de Conway Center-Owned médicos Consultorios médicos, servicios cubiertos están determinados por la evaluación médica. Los servicios cubiertos no incluyen cosmético, electivo, pruebas no urgentes, servicios o procedimientos, servicios de fertilidad o tratamientos experimentales. En el caso de Conway Medical Center Physician-Owned prácticas, medicamento de venta con receta.

- D) Otra Cobertura Médica: Los pacientes, que se sabe que han decidido no participar en los planes de salud patrocinados por empleadores y / o no elegible para cobertura de salud patrocinados por el gobierno debido a su no conformidad con los requisitos del programa, no son elegibles para la ayuda financiera con arreglo a la presente Directiva.
- E) Circunstancias especiales. Los pacientes fallecidos sin raíces o de terceros, pueden ser considerados para la cobertura financiera de la elegibilidad. Los pacientes que están en bancarrota, también podrían ser elegibles para la ayuda financiera.
- II) Aplicación: (ver aplicaciones adjuntas) Proporcionar todos los datos necesarios para verificar la elegibilidad de ayuda financiera el pacientetendra que completar y entregarla su aplicacion a un consejero financiero en el hospital. Los pacientes sin una fuente de ingresos debe proporcionar una carta de apoyo indicando su necesidad por la ayuda financiera,, . (Véase la sección VI.) Las solicitudes se mantendrá en el hospital y se presta a las personas solicitando asistencia financiera o identificadas como potenciales candidatos para la asistencia financiera. Las aplicaciones están disponibles en inglés y español. Se puede proporcionar asistencia para completar la solicitud poniéndose en contacto con un asesor financiero en uno de los siguientes números de teléfono: 843-347-8072 o 843-234-6726.
- III) Determinación es basada en cada Aplicación: Una vez que se reciben los documentos completos y una determinación de elegibilidad ha sido hecha, una carta de notificación se enviará a cada solicitante informándoles de la decisión del hospital. Si el paciente cumple con los requisitos de elegibilidad, serán designados como elegibles para recibir asistencia financiera. Los pacientes que presenten las solicitudes incompletas y/o no aporten documentación será contactado por teléfono o por correo.
- IV) Proveedores que ofrecen atención médica necesaria de emergencia: El Centro Medico de Conway mantiene una lista de proveedores que ofrecen otros servicios de atencion medica de emergencia necesaria en el establecimiento, que identifica qué los proveedores están cubiertos por esta poliza("Lista de Proveedores"). Esta lista puede ser actualizada sobre una base regular sin la aprobación del consejo de administración de la instalación. Una lista de proveedores puede ser obtenida a través de Conway Medical Center del sitio de internet <http://www.conwaymedicalcenter.com> o poniéndose en contacto con un asesor financiero en uno de los siguientes números de teléfono: 843-347-8072 o 843-234-6726.
- V) El periodo de elegibilidad: La solicitud de ayuda financiera y la documentación deben ser actualizados cada seis meses, o en cualquier momento durante dicho período de seis meses los ingresos de la familia del paciente o el estado del seguro medico cambia a tal punto que el paciente sea inelegible. Cada visita dentro del período de seis meses serán revisados por el acceso potencial a otros programas de subsidio.
- VI) AL No apoyar la documentación financiera: Pacientes sin una fuente de ingreso pueden ser elegibles si tienen trabajo, dirección postal, dirección de residencia o de seguros. También se deben tener en cuenta a los pacientes que no proporcionan la información adecuada en cuanto

POLIZA

When in hard copy form, refer to Policy Manager to validate this as the most current revision..
a su situación financiera. Los pacientes Sin una fuente de ingresos debe proporcionar una carta de apoyo indicando su necesidad de asistencia financiera, el examen sobre la base de su actual situación financiera. Letras en un estado mínimo que el paciente no tiene documentación financiera de apoyo a la oferta. Asistencia financiera no puede ser negado bajo esta poliza basada en un fallo del solicitante para proporcionar la información o documentación que esta poliza o formulario de solicitud no requieren de un individuo a presentar.

- VII)** Acciones de Facturación y cobranzas : Para information de actividades de facturas y cobranzas por consulte el Centro Medico de Conway. . Una copia de la póliza puede obtenerse a través de El Centro Medico de Conway website, <http://www.conwaymedicalcenter.com> o poniéndose en contacto con un asesor financiero en uno de los siguientes números de teléfono: 843-347-8072 o 843-234-6726
- VIII)** Fecha efectiva de asistencia financiera: si bien es conveniente para determinar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera tan cerca del tiempo de servicio como sea posible, siempre y cuando el paciente presenta la documentación requerida dentro del plazo de solicitud, se prestará asistencia financiera.
- IX)** Mantenimiento de registros: Los registros relativos a los potenciales de asistencia financiera los pacientes deben obtenerse fácilmente para su uso. Las imágenes de documentos relacionados con la asistencia financiera son accesibles en la cuenta o el nivel de registro médico del paciente para su recuperación.
- X)** Conway Medical Center: Aplicación del ciclo de ingresos y la documentación sera escaneada al historial del paciente. E.H.R. (registro de salud electrónica).
- XI)** Cargos: Ninguna asistencia financiera-individuales elegibles será cargada de emergencia o atención médica necesaria en virtud de la presente Directiva. Si el Centro Medico De Conway estaban a cargo de emergencia o atención médica necesaria en virtud de esta poliza, se utilizaría el método de mirar atrás y incluiría Medicaid honorarios por servicio y todas las aseguradoras privadas de salud para determinar los importes facturados por lo general ("AGB") y no le cobrará una asistencia financiera-individuales elegibles más de AGB.
- XII)** Presupuesto de Asistencia Financiera: La disponibilidad de asistencia financiera puede ser limitado según Conway Medical Center's presupuesto u otras limitaciones financieras, lo que afectaría a la capacidad de Conway Medical Center para mantenerse económicamente viables.
- XIII)** Aviso público y contabilización: Conway Medical Center que pondrá a disposición del público información sobre la asistencia que se presta en esta poliza como sigue:
- A) La aplicación de esta poliza, y un lenguaje claro, resumen estará disponible en el sitio web del Centro Médico Conway;
 - B) Las copias en papel de esta poliza, la aplicación y un lenguaje simple resumen estará disponible bajo petición y sin cargo, por correo y en lugares públicos a lo largo de Conway Medical Center, incluyendo como mínimo la ER y áreas de admisiones;
 - C) Asistencia financiera folletos que informan al lector acerca de la ayuda financiera disponible bajo esta poliza, cómo obtener más información acerca de esta polizay el proceso de aplicación, y cómo obtener copias de esta poliza, la solicitud y un resumen en lenguaje llano, estarán disponibles en Conway Center-Owned médico prácticas médicas.
 - D) A Los pacientes se le ofrecera una copia impresa del resumen en lenguaje como parte del proceso de admisión o descarga;

POLIZA

When in hard copy form, refer to Policy Manager to validate this as the most current revision..

- E) Extractos de facturación tendrá un aviso visible en ellos para informar al lector de esta poliza, Como se establece más detalladamente en Conway y facturación del Centro Médico Polizade colecciones; y
 - F) Las pantallas públicas conspicuo que notificar e informar a los pacientes de esta polizase mostrará en lugares públicos a lo largo de Conway Medical Center, incluyendo como mínimo la ER y áreas de admisiones.
- XIV) Accesibilidad a los individuos LEP:** Conway Medical Center hará esta poliza, el formulario de solicitud y el lenguaje simple resumen disponible a todas las poblaciones importantes que tienen la habilidad limitada del inglés (LEP)". Para determinar si una población es significativo, Conway Medical Center utilizará un método razonable para determinar los grupos dentro de un lenguaje de LEP Conway Medical Center Área de servicio.
- XV) Disponibilidad de poliza y documentos relacionados:** Para los pacientes del hospital, una copia de esta poliza, Resumen en lenguaje llano, una aplicación de la lista de proveedores de la poliza de facturación y cobranzas puede obtenerse por:
- A) Visitar la página web del Centro Médico Conway <http://www.conwaymedicalcenter.com>
 - B) Visitando la oficina de consejería financiera en Conway Medical Center.
 - C) Asesores Financieros llamando al: 843-347-8072 y 843-234-6726
- XVI) Exclusiones:** Esta poliza sólo se aplica a los servicios prestados en Conway Medical Center y sus afiliados y no es aplicable a los servicios prestados por médicos independientes o profesionales. También esta poliza no se aplica a servicios prestados dentro o fuera del hospital/facilidad por médicos u otros profesionales de la salud incluyendo pero no limitado a los anesestesiólogos, radiólogos, patólogos, psiquiatras y/o Teleconsultants que no estén empleadas por el Centro Medico De Conway.

Registros: solicitud de ayuda financiera (véase infra)

De Aplicación Normas De Referencia:

- 501(r)
- Resumen en lenguaje claro. Poliza de facturación y cobranzas

Revisión de za/Revisión historia:

Date	Affected Section(s)	Summary of Changes ('Reviewed' or details of change)
09/28/16	All	Reviewed, completely revised in accordance with 501(r), new format
11/07/02	All	Reviewed
05/11/01	All	Reviewed
09/14/00	All	Reviewed
01/22/97	All	Reviewed
08/21/96	All	Reviewed
03/12/96	All	Reviewed
11/14/95	All	Reviewed

Solicitud de ayuda financiera

Instrucciones

- Copia completa del formulario de devolución de impuestos federales 1040 incluyendo W-2's. Si usted trabaja por cuenta propia, una programación "C" debe ser incluido. Sírvanse proporcionar todas las programaciones que son aplicables.
- Si es casado, dos (2) actual paystubs para paciente y cónyuge. Si se separan de cónyuge, sírvase proporcionar carta notarial.
- Enviar copias de sus dos (2) últimos extractos bancarios.
- Prueba de pensión alimenticia o manutención infantil.
- Prueba de la cantidad mensual de las Estampillas de Comida.
- Justificante de ingresos de desempleo.
- ❖ Si usted es un estudiante de tiempo completo, la prueba de ayuda financiera y/o préstamos estudiantiles. Si tus padres reclamarlo(a) como dependiente en su declaración de impuesto, necesitaremos una copia de su declaración de impuestos actual de padres, paystubs y extractos bancarios actuales.
- Si se recibe de la Seguridad Social, una carta que muestra cantidad mensual por cada persona que lo recibe.
- Si otra persona está ayudando con los gastos tales como el alquiler o la comida, necesitaremos documentación detallada.
- Se deben hacer exámenes para Medicaid y proporcionarnos una aprobación o denegación. Esto puede hacerse con la elegibilidad del hospital in situ los trabajadores en 843-234-6958 o 843-347-8183. También puede ponerse en contacto con el DHS Conway en 1201 Creel Street, Conway, SC. o por teléfono al 1-888-549-0820.
- Si sus cuentas son el resultado de un accidente automovilístico, y hay una posible solución, sin asistencia financiera estará disponible.
- Por favor, completar, firmar y fechar la solicitud y adjuntar toda la documentación solicitada. Toda la información será verificada. Incompleta la solicitud será denegada.

Por favor **VOLVER A: CONWAY MEDICAL CENTER**
Casilla de correo interno #59
PO BOX 829,
CONWAY, South Carolina 29528-0829

Financial Assistance Application

Fecha: _____

Información para el paciente

Número(s) de cuenta _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____

Cónyuge o garante Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Años/meses en residencia: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Otro teléfono: _____

Información sobre el hogar

Nombre de miembro.	Edad	Relación	Empleador	Ingreso bruto anual
		Auto		\$
				\$
				\$
				\$
				\$

Tamaño familiar total: _____ Total de dependientes: _____ Los ingresos totales de los hogares: \$ _____

Selección de información:

Actualmente usted tiene seguro de salud? (S/N) _____ En caso afirmativo, sírvase proporcionar información del seguro a continuación:

- Nombre: seguros _____ Directiva # _____
- Nombre/Número de grupo: _____

Has tenido seguro médico que ha terminado en los últimos 3 meses? (S/N) _____ Si la respuesta es sí, siga los pasos siguientes:

- ¿Qué tipo de seguro? (p. ej. BCBS, Medicaid, Tricare, etc.). _____
- Motivo de terminación de seguros? _____
- No se aplica para la cobertura de COBRA? (S/N) _____
- Si es así, ¿cuándo? _____
- Ex empleador Nombre: _____

❖ Estás en servicio activo o jubilados militares? (S/N) ____ ..Si es así, son VA? (S/N)

usted es elegible p

Has solicitado Medicaid o SSI por incapacidad? (S/N) _____ Si la respuesta es sí, siga los pasos siguientes:

- ¿Cuándo? _____ ❖ ¿Dónde? _____
- Trabajador social? _____
- Tiene su hogar o ingresos estado cambiado desde la última vez que aplicó? (S/N) ____

Fuiste una víctima de un crimen? (S/N) _____ Si es así, realice la siguiente.

- Ha presentado un informe de la policía? (S/N) __ (Debe ser presentada dentro de las 72 horas del incidente)
- Completada la víctima del delito aplicación? (S/N) _____

Si usted tiene cualquier otras circunstancias especiales que le gustaría que nosotros a tener en cuenta a la hora de revisar su solicitud, sírvase explicar a continuación:



Financial Assistance Application

D denegado: Razón _____

Fecha _____

Financial Assistance Application

Documentación financiera adicional

(complete sólo si es aplicable).

Número(s) de cuenta _____

Nombre de pacientes _____ Fecha: _____

_____ **La Declaración de soporte:**

Mi firma certificará que yo, _____, proporcionan todo lo necesario para vivir essentials para el nombre del paciente, y lo han hecho durante un período de _____ Años/ meses.

_____ La firma del defensor del paciente

_____ Respecto al paciente

_____ Fecha

_____ **Declaración jurada sin hogar**

Yo, (nombre) de impresión _____ Certifico que soy desamparados, no tienen una dirección permanente, ningún trabajo, ahorros o activos y no hay ingresos distintos de las donaciones de otros.

_____ La firma

_____ Fecha

_____ **No hay cambios en la situación financiera desde la aplicación anterior de asistencia**

Yo, (nombre) de impresión _____ Certifico no ha habido cambios en mi (ni mi cónyuge) Situación financiera desde mi anterior solicitud de asistencia financiera de Conway Medical Center, que fue completado en _____. Seleccione una de las siguientes opciones:

D sigo siendo apoyado por otro. Ofrecen todo lo necesario para vivir essentials para mi nombre, y así lo han hecho durante un período de _____ Años/meses.

D todavía estoy sin hogar. Estoy sin hogar, no tienen una dirección permanente, ningún trabajo, ahorros o activos y no hay ingresos distintos de las donaciones de otros.

D no hay cambios a mi (o mi cónyuge) ingreso o el tamaño de los hogares desde mi aplicación anterior.

_____ La firma

_____ Fecha

Solicitud de ayuda financiera

Instrucciones

- ❖ Copia completa del formulario de devolución de impuestos federales 1040 incluyendo W-2's. Si usted trabaja por cuenta propia, una programación "C" debe ser incluido. Sírvanse proporcionar todas las programaciones que son aplicables.
- ❖ Si es casado, dos (2) últimos talones de cheques suyo y de su conyuge. Si son separados proporcionar una carta notariada..
- ❖ Enviar copias de sus dos (2) últimos extractos bancarios.
- ❖ Prueba de pensión alimenticia o manutención infantil .
- ❖ Prueba de la cantidad mensual de las Estampillas de Comida.
- ❖ Justificante de ingresos de desempleo.
- ❖ Si usted es un estudiante de tiempo completo, necesitamos la prueba de ayuda financiera y/o préstamos estudiantiles. Si tus padres los reclaman como dependiente en su declaración de impuesto, necesitaremos una copia de su declaración de impuestos actual de sus padres, talones de cheques y extractos bancarios actuales.
- ❖ Si recibe Seguro Social, Necesitamos una carta que muestra la cantidad mensual por cada persona que lo recibe.
- ❖ Si otra persona está ayudando con los gastos tales como el alquiler o la comida, necesitaremos documentación detallada.
- ❖ Ud. debe aplicar para el Medicaid y proporcionarnos una carta de aprobación o denegación. Esto puede hacerse con la elegibilidad del hospital Puede comunicarse con los trabajadores al 843-234-6958 o 843-347-8183. También puede ponerse en contacto con el DHS Conway en 1201 Creel Street, Conway, SC. o por phone al 1-888-549-0820.
- ❖ Si sus cuentas son el resultado de un accidente automovilístico, y hay un posible acuerdo. No asistencia financiera estará disponible.
- ❖ Por favor, completar, firmarla la aplicacion y poner la fecha y adjuntar toda la documentación solicitada. Toda la información será verificada. Incompleta la aplicacion será rechazada.

Por favor ENVIARLA POR CORREO:

A: CONWAY MEDICAL CENTER
Casilla de correo interno #59
PO BOX 829,
CONWAY, South Carolina 29528-0829



Solicitud de ayuda financiera

Fecha: _____

Información para el paciente

Número(s) de cuenta _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____

Nombre del Cónyuge o garante: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Años/meses en residencia: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Otro teléfono: _____

Información sobre el hogar

Nombre de miembro.	Edad	Relación	Empleador	Ingreso bruto anual
		Yo mismo		\$
				\$
				\$
				\$
				\$

Tamaño familiar total: _____ **Total de dependientes:** _____ **Los ingresos totales del hogar:** \$ _____

Selección de información:

- ❖ Actualmente usted tiene seguro de salud? (S/N) _____ En caso afirmativo, sírvase proporcionar información del seguro a continuación:
 - Nombre/del seguros _____ #de poliza _____
 - Nombre/Número de grupo: _____
- ❖ Has tenido seguro médico que ha terminado en los últimos 3 meses? (S/N) _____ Si la respuesta es sí, siga los pasos siguientes:
 - ¿Qué tipo de seguro? (p. ej. BCBS, Medicaid, Tricare, etc.). _____
 - Motivo de terminación de seguros? _____
 - No se aplica para la cobertura de COBRA? (S/N) _____
 - Si es así, ¿cuándo? _____
 - Ex empleador Nombre: _____
- ❖ Estás en servicio activo o jubilados militares? (S/N) ____ ..Si es así, son VA? (S/N) _____ usted es elegible p
- ❖ Has solicitado Medicaid o SSI por incapacidad? (S/N) _____ Si la respuesta es sí, siga los pasos siguientes:
 - ¿Cuándo? _____ ❖ ¿Dónde? _____
 - Trabajador social? _____
 - Tiene su hogar o ingresos estado cambiado desde la última vez que aplicó? (S/N) ____
- ❖ Fuiste una víctima de un crimen? (S/N) _____ Si es así, realice la siguiente.
 - Ha presentado un informe de la policía? (S/N) __ (Debe ser presentada dentro de las 72 horas del incidente)
 - Completada la víctima del delito aplicación? (S/N) _____
- ❖ Si usted tiene cualquier otras circunstancias especiales que le gustaría que nosotros a tener en cuenta a la hora de revisar su solicitud, sírvase explicar a continuación:



Solicitud de ayuda financiera

Evaluación Financiera

Número(s) de cuenta _____ Nombre del paciente _____
 Fecha: _____

Los gastos mensuales

Alquiler/Hipoteca \$ _____
 Utilidades \$ _____
 Los alimentos \$ _____
 Teléfono celular/pager \$ _____

Cable \$ _____
 Préstamo Auto \$ _____
 Seguro de \$ _____
 Préstamos \$ _____
 Manutención de los hijos \$ _____
 Tarjetas de créditos \$ _____
 (Min.Pago) Otros \$ _____
 \$ _____
 \$ _____

El total de gastos \$ _____

Activos

cuenta de cchde la(s) \$ _____
 Cuenta de ahorros(s) \$ _____
 Otros activos en efectivo \$ _____
 Tarjetas de crédito (crédito disponible) \$ _____

Ingreso bruto mensual

Ingresos de empleo \$ _____
 Los ingresos del \$ _____
 cónyuge ingresos de \$ _____
 jubilación para las \$ _____
 estampillas de \$ _____
 comida los beneficios \$ _____
 Otros \$ _____

El total de ingresos \$ _____

TOTAL DE INGRESOS MENSUALES \$ _____

Los gastos mensuales totales \$ _____

Cantidad disponible \$ _____

Paciente/garante la certificación

Yo, _____, *certifico que* información que he proporcionado es verdadera y exacta al mejor del conocimiento. Entiendo que si no cooperan con el hospital en suministrar cualquier información adicional solicitada; mi solicitud puede ser denegada para una posible asistencia financiera. Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte del hospital, incluyendo las agencias de informes de crédito, sujetas a revisión por las leyes federales y/o estatales y otros organismos, según sea necesario. Entiendo que esta solicitud se refiere a los gastos del hospital y no cargos del médico. Entiendo que si cualquier información que me han dado resulta ser falsa, el hospital se volverá a evaluar mi situación financiera y tomar cualquier acción que resulta apropiada. También soy consciente de que soy sólo se aplica para las cuentas especificadas anteriormente, y que mi situación financiera tendrá que ser reevaluado y puede requerir una nueva solicitud para cualquiera/todas tratamiento futuro recibo en Conway Medical Center, Inc.

 Paciente/garante firma Fecha

***Para Uso de oficina	
Revisado por: _____ Fecha _____	Aprobado : _____
Recomendación: _____	Fecha _____
Porcentaje aprobado _____ %	Fecha _____
D indigente _____	Fecha _____
D denegado: Razón _____	Fecha _____

Solicitud de ayuda financiera

Documentación financiera adicional

(complete sólo si es aplicable).

Número(s) de cuenta _____

Nombre de pacientes _____ Fecha: _____

_____ **La Declaración de soporte:**

Mi firma certificará que yo, _____, proporciono todo lo necesario para_ que viva Y lo han hecho durante un período de _____ Años/meses.

La firma del defensor del paciente

Relacion al paciente

Fecha

_____ **Declaración jurada sin hogar**

Yo, (nombre) de impresión _____

_____ Certifico que soy desem-
parados, no tienen una dirección permanente, ningún trabajo, ahorros o activos y no hay ingresos distintos
de las donaciones de otros.

La firma

Fecha

_____ **No hay cambios en la situación financiera desde la aplicación anterior de asistencia**

Yo, (nombre) imprimir _____ Certifico que no habido cambios
en mi (y mi conyuge) Situación financiera desde mi solicitud ANTERIOR de asistencia financiera de Conway
Medical Center, que fue completado en _____. Seleccione una de las siguientes opciones:

D sigo siendo apoyado por otro. Ofrecen todo lo necesario para vivir, y así lo han hecho durante
un período de _____ Años/meses.

D todavía estoy sin hogar. Estoy sin hogar, no tengo una dirección permanente, ningún trabajo, ahorros o
ingresos distintos de las donaciones de otros.

D no hay cambios a mi (o mi cónyuge) ingreso o el tamaño de los hogares desde mi aplicación
anterior.

La firma

Fecha