



Fecha: _____

Estimado: _____,

Número de cuenta: _____

Saldo Pendiente Debido al Rochelle Community Hospital: _____

Rochelle Community Hospital se esfuerza por proporcionar cuidado médico de la calidad más alta para resolver las necesidades de toda la gente en la comunidad que sirve. Por petición, el hospital procesará las aplicaciones para servicios no han sido pagados por seguro para los individuos que se sienten que no pueden pagar los servicios rendidos.

Aconséjese que actualmente, nosotros no pueden determinar la elegibilidad para la ayuda. Evaluaremos y ajustaremos su cuenta por consiguiente después de recibir la información adicional. Por favor, proporcione copias de la información siguiente:

- Aplicación para Ayuda Financiera
- Formas de W-2 y/o 1099
- Talón de cheque o talón de cheque del desempleo, más allá de tres meses
- Declaraciones de la Seguro Social, más allá de 3 meses
- Declaraciones de impuesto del año previo
- Declaraciones de sus cuentas bancarias: cuenta de cheque y de ahorros

La falta de proporcionar esta información en el plazo de las dos semanas próximas podría descalificarle de ayuda. Las cuentas de la nota que se han puesto con una agencia exterior no serán elegibles para la ayuda de la caridad. Las medidas del pago para esas cuentas necesitarán ser tomadas directamente con esas agencias. Su cooperación con el hospital de la comunidad de Rochelle es extremadamente importante en la determinación de su elegibilidad para la ayuda. Sobre el recibo de la documentación antedicha, usted recibirá un aviso escrito del hospital en el plazo de 30 días que indican su elegibilidad y cualquier obligación del pago debidas de usted.

Sinceramente,

Christine Smith
Coordinadora de Cuentas de los Pacientes