



Fecha:

Estimado:

Número(s) de cuenta: _____

Saldo adeudado en Rochelle Community Hospital: _____

Rochelle Community Hospital se esfuerza por brindar una atención médica de calidad para satisfacer las necesidades de todas las personas de la comunidad en la que trabaja. A pedido, el hospital procesará solicitudes de atención no remunerada presentadas por personas que creen que no pueden pagar los servicios brindados. Quizá pueda recibir atención gratuita o con descuento. Si completa esta solicitud, ayudará a Rochelle Community Hospital a determinar si califica o si existen otros programas públicos que puedan ayudar a pagar su atención médica.

Si no tiene seguro, no necesita un número de seguro social para calificar para recibir atención gratuita o con descuento. Sin embargo, sí se requiere tener un número de seguro social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. Proporcionar un número de seguro social no es obligatorio, pero ayudará al hospital a determinar si usted califica para algún programa público. La elegibilidad para Medicaid podría ser una opción. Puede llamar a nuestra oficina o a la oficina del condado de HFS/Medicaid del condado en el que reside para obtener más información.

Si desea solicitar asistencia financiera, sírvase completar este formulario y presentarlo al hospital en persona, por correo, por correo electrónico o fax para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 120 días posteriores a la fecha de la primera factura que recibió del hospital. El paciente debe reconocer que ha realizado un esfuerzo de buena fe para brindar toda la información solicitada en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si califica o no para la asistencia financiera y debe firmar la solicitud. Proporcionar copias de todos y cada uno de los siguientes artículos según correspondan a todas las personas de la vivienda. Si no puede proporcionar los documentos necesarios, brinde una declaración escrita que explique su situación actual.

_____ Formulario de solicitud de asistencia financiera

_____ W-2 y/o declaraciones 1099, cheques de desempleo y/o ingreso por jubilación

_____ Talones de cheques de pago o de desempleo que muestren los salarios brutos a la fecha de hoy o en los últimos 3 meses

_____ Declaraciones de Seguridad Social (Social Security), Pensión de Veteranos (Veterans Pension) o Discapacidad (Disability)

_____Declaraciones de impuestos a las ganancias de años anteriores, si corresponde

¿Ha declarado recientemente la quiebra individual? Sí/No Fecha: _____

¿Estuvo encarcelado en una institución penal ahora o en el momento de los servicios? Sí/No

Si hay resúmenes bancarios disponibles para verificar los depósitos directos realizados a su cuenta, por favor proporcione una copia.

Si no proporciona esta información dentro de los 120 días posteriores a la fecha de la primera facturación, será descalificado de la asistencia. Su cooperación con Rochelle Community Hospital es extremadamente importante para determinar su elegibilidad para la asistencia.

Al recibir la documentación indicada arriba, recibirá una notificación escrita del hospital dentro de los 30 días que indicará su elegibilidad y toda obligación de pago que adeude.

Atentamente,

Doris Dickey, CPAM
Gerente de Servicios Financieros de Pacientes
Rochelle Community Hospital

Sírvase enviar la solicitud firmada y todos los documentos a:

***Patient Financial Services Department
Rochelle Community Hospital
900 North Second Street
Rochelle, IL 61068
Teléfono: 815-562-2181
Fax: 815-561-3121***

05/2016