

Solicitud de asistencia financiera

Sección 1: Información del paciente y garante

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Estado civil _____

Nombre del garante _____ Número de teléfono _____

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

Nombre (s) del cónyuge y dependientes adicionales

(Use una página adicional si necesita más espacio)

Fecha de nacimiento

Relación con el paciente

(Use una página adicional si necesita más espacio)	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente

Sección 2: Información del seguro

Nombre (s) de su compañía de seguros: _____

Sección 3: Información de ingresos

Ingreso bruto de los 12 meses anteriores para el hogar

Incluya copias de ingresos, tales como: talón de pago reciente, declaración de impuestos de 2019, carta de beneficios del Seguro Social, carta de pensión o discapacidad o carta de beneficios de desempleo.

Línea A: Si tiene ingresos de \$ 0, proporcione su última fecha de empleo y díganos cómo satisface las necesidades básicas de vida:

Al firmar este formulario, acepto que:

- * La información en este formulario es correcta. Es ilegal dar información falsa.
- * JCHC puede confirmar la información en este formulario.
- * Soy un residente legal actual del estado de Iowa.

Firma del paciente / garante _____ Fecha _____

**** Su solicitud no se procesará si hay información incompleta o faltante ****

Definiciones:

FAMILIA significa uno o más adultos y niños, si los hay, relacionados por sangre o por ley y que residen en el mismo hogar. Cuando los adultos, además de los cónyuges, residen juntos, cada uno puede considerarse una familia separada. Los menores emancipados y los niños que viven bajo el cuidado de personas que no son legalmente responsables de ese cuidado pueden considerarse familias unipersonales. Los estudiantes universitarios, independientemente de su residencia, que reciben el apoyo de sus padres u otras personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción, se consideran residentes de quienes los apoyan.

INGRESOS se refiere al total de recibos de efectivo antes de impuestos de todas las fuentes. Incluye dinero, salarios brutos, ingresos brutos del trabajo por cuenta propia, ingresos por alquiler, asistencia pública, seguridad social, compensación por desempleo, beneficios de huelga, estipendios de capacitación, pensión alimenticia, manutención de niños y asignaciones familiares militares u otro apoyo regular de un familiar ausente. o alguien que no vive en el mismo hogar; pensiones de empleados del gobierno, pensiones privadas, seguros regulares o pagos de anualidades; Ingresos por dividendos, subvenciones, intereses, alquileres, regalías o ingresos por propiedades y fideicomisos.

Tenga en cuenta: los honorarios de los médicos, el radiólogo, las pruebas de laboratorio de referencia, los medicamentos, los cargos de ambulancia y los artículos de conveniencia del paciente utilizados durante la estadía en el hospital no están cubiertos por esta solicitud y serán su responsabilidad.

Podemos ayudarlo con este formulario si tiene preguntas. Llame al Asesor financiero al 641.469.4311 o al Representante de cuenta del paciente al 641.469.4301.

Devuelva la solicitud completa y la documentación requerida a:

Centro de salud del condado de Jefferson

A la atención de: Asesor financiero

2000 S Main St · Fairfield, IA 52556

Fax: 641.472.7803 · Correo electrónico: billing@jeffersoncountyhealthcenter.org

Una vez que califique para nuestra asistencia, su solicitud será válida por (6) meses, momento en el cual deberá volver a enviar una nueva solicitud con la información financiera actual.