



Solicitud de Asistencia Financiera

A partir del 18 de octubre de 2024, hemos implementado los siguientes cambios en nuestra Política de Asistencia Financiera:

- El período de solicitud para completar una solicitud de asistencia financiera es disponible por un mínimo de 240 días a partir de la fecha en que el Hospital del Condado de Cheyenne proporciona al paciente el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta para el paciente servicios.
- Una vez que el paciente ha calificado, es elegible por 365 días (un año).
- Los pacientes son elegibles según el tamaño de la familia y los ingresos del hogar. El ingreso del hogar debe ser inferior al 200% del nivel de pobreza para recibir asistencia financiera del 100%.
- El proceso de solicitud incluye la finalización de un "Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera" y la presentación de documentos de verificación. La información verificable puede incluir, pero no se limita a, lo siguiente:
 - Ingresos individuales o familiares (declaración de impuestos sobre la renta con copias de los recibos de ingresos - formularios W-2, formularios 1099, etc. de los últimos 2 años)
 - Copias de los recibos de nómina más recientes de 90 días, cheques de Seguro Social, o cheques de desempleo.
 - Tamaño de la familia del hogar

Si tiene alguna pregunta sobre la Política de Asistencia Financiera, no dude en contactar a nuestra Consejera Financiera, Marla Ross al (785) 332-2104.

El paciente paga _____
Número de garante _____

Fecha válida _____
Iniciales _____

Válido hasta _____

Hospital del Condado de Cheyenne
Programa de Asistencia Financiera
Formulario de Información

(POR FAVOR, IMPRIMIR)

NOMBRE: _____
DIRECCIÓN: _____

TAMAÑO DE LA FAMILIA: _____

NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA: _____ (actualmente viviendo en el mismo hogar)

_____	Relación: _____
_____	Relación: _____
_____	Relación: _____
_____	Relación: _____
_____	Relación: _____
_____	Relación: _____

Se debe presentar prueba de ingresos para calificar para el Programa de Cuidado de Caridad. Ejemplos de pruebas serían: Declaraciones de impuestos del año pasado, talones de pago, formularios W-2. Para hogares con 2 trabajadores adultos, debemos tener los talones de pago de ambas personas y/o formularios W-2 si esos fueron la prueba de ingresos utilizados para calificar.

LAS CALIFICACIONES DE CUIDADO DE CARIDAD DEBEN SER REVISADAS ANUALMENTE O SI LA INFORMACIÓN DE INGRESOS CAMBIA PARA CONTINUAR CON LA CALIFICACIÓN.

Entiendo la información anterior y creo que es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Cualquiera que proporcione información falsa para calificar será dado de baja del Programa de Cuidado de Caridad y estará sujeto a cargos completos retroactivos a los meses anteriores cuando se proporcionó información falsa proporcionada.

FIRMADO _____

FECHA: _____

Asistencia financiera formulario de solicitud

Información del paciente

(Por favor imprima y todos los campos deben ser completados. Indique N/A si no es aplicable en cualquier línea individual en la solicitud)

Fecha _____ Número de cuenta _____

Nombre (nombre y apellido) _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil (opcional): _____ Número de teléfono _____

Dirección de correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ CÓDIGOPOSTAL _____

Número de seguro social (opcional) _____

Empleador _____ Estado de empleo _____

Número de horas trabajadas por semana _____ Número de teléfono del empleador _____

Información de la parte responsable/información del tutor legal

(Si el paciente anterior es el mismo que la parte responsable, deje esta sección en blanco.)

Nombre (nombre y apellido) _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil (opcional): _____ Número de teléfono _____

Dirección de correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ CÓDIGOPOSTAL _____

Número de seguro social (opcional) _____

Empleador _____ Estado de empleo _____

Número de horas trabajadas por semana _____ Número de teléfono del empleador _____

Otros adultos en el hogar

(Si el paciente es el mismo que la parte responsable, complete la información de otros adultos en el hogar.)

Nombre (nombre y apellido) _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil (opcional): _____ Número de teléfono _____

Dirección de correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ CÓDIGOPOSTAL _____

Número de seguro social (opcional) _____

Empleador _____ Estado de empleo _____

Número de horas trabajadas por semana _____ Número de teléfono del empleador _____

Dependientes de la parte responsable

(Si el paciente es el mismo que la parte responsable, complete la información del cónyuge/pareja significativa para el paciente.)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la parte responsable _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la parte responsable _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la parte responsable _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la parte responsable _____

Número de adultos y niños que viven en el hogar _____

Ingreso mensual

(Complete los montos en dólares para cada ítem listado a continuación. Proporcione el monto por mes para cada uno.)

Ingreso ganado por el solicitante _____

Otros ingresos de adultos trabajadores: _____

Beneficios de seguridad social _____

Ingreso de pensión/jubilación _____

Ingreso por discapacidad _____

Compensación por desempleo _____

Compensación del trabajador _____

Ingreso por intereses/dividendos _____

Manutención de hijos recibida _____

Pensión alimenticia recibida _____

Ingreso por propiedades de alquiler _____

Cupones de alimentos _____

Distribución de fondo fiduciario recibida _____

Otros ingresos _____

Otros ingresos _____

Ingreso mensual bruto total \$ _____

Por la presente certifico que la información anterior es verdadera y completa según mi leal saber y entender.

Firma del solicitante _____

Fecha _____

