**Programa de asistencia financiera**

El Programa de Asistencia Financiera está diseñado para ayudar con el saldo de su Abbeville

Bill general. Este programa está disponible para todos los pacientes Abbeville Generales.

Si está interesado en solicitar ayuda financiera, por favor complete todas las secciones del

adjunta formulario de solicitud y enviar los documentos que aplican como se indica en el

página siguiente. También puede venir a la oficina y registrarse o proporcionar solicitud junto

con sus documentos.

Después de recibir los documentos, su solicitud será revisada. La determinación será

hecha en base a su nivel de ingresos. Voy a enviar una carta con la decisión de la aplicación.

Por favor, póngase en contacto conmigo directamente si tiene alguna pregunta o inquietud.

***\*\* Por favor, háganos saber si usted está interesado en Medicaid, ya que tendrá una cita.***

***Si usted tiene seguro, por favor sepamos.***

**Volver solicitud y los documentos a:**

**Hospital General de Abbeville**

**A la atención; Shekera Tardy, Servicios Financieros del Paciente**

**A la atención de: Servicios Financieros del Paciente**

**PO Box 580**

**118 N. del Hospital Drive**

**Abbeville, LA 70510**

**Solicitud de Asistencia Financiera**

**Página 1 Información del paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguridad Social #: \_\_\_\_\_\_‑\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono de casa: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_‑\_\_\_\_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono móvil: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_‑\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero Casado Divorciado

*Selección círculo*

Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_‑\_\_\_\_\_\_\_\_

Cónyuge del empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_‑\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información garante**

Lo mismo que las garante del paciente: Sí No *Selección círculo* Relación con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_‑\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado civil: Soltero Casado Divorciado

Selección círculo

Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_‑\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tamaño de la familia:**

**Miembros de la familia**

**Nombre Relación Fecha de nacimiento Ingreso mensual**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_

***(Aplicación continúa a la página 2)***

**Solicitud de Asistencia Financiera**

**Página 2 Documentos requeridos**

Declaración Federal de Impuestos (1040) para el último año calendario

Talones de cheques correspondientes a los últimos tres (3) meses

Beneficios del Seguro Social Carta

Beneficios de discapacidad Carta

Beneficios de Desempleo Carta

Carta de la Compensación al Trabajador

SNAP (Cupones de Alimentos) Carta

Carta de manutención de los hijos

La pensión alimenticia Carta

Prueba de identificación

Si usted no tiene ingresos de su propia, una carta de persona que proporcione para sus necesidades por el pasado año para presentar

(Debe proporcionar el nombre, dirección y número de teléfono en Carta)

¿Ha solicitado Medicaid para cubrir sus gastos médicos: Sí No Selección círculo

¿Usted consideraría la solicitud de Medicaid: Sí No Selección círculo

Si se le ha denegado Medicaid u otra asistencia pública, ¿qué razón se le dio?

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Estoy solicitando asistencia financiera para los servicios de salud prestados en Abbeville General. Certifico que los datos**

**dada es completa y exacta a lo mejor de mi conocimiento.**

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\* \* \* SÓLO PARA USO DE OFICINA \* \* \***

Ingresos para los últimos tres meses veces cuatro: **\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_** Tamaño de la familia:

**Aprobado Razón denegado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**denegado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Selección círculo

YO, , La parte responsable

(Garante) (Paciente)

Estoy proporcionando la prueba de la siguiente iinformation a Abbeville general:

1. Mi ingreso familiar en los últimos tres meses por cuatro (4) era

PS

tamaño 2.Family como se determina por los dependientes definidas por el Código de Impuestos Internos es

Yo entiendo que esta declaración se está proporcionando al Departamento de Salud y Louisiana

hospitales en relación con los servicios prestados por Abbeville General. Yo entiendo que si

calificar para este programa, solamente la facturación del hospital serán pagados y que todavía serán responsables de

las facturaciones relacionadas con este servicio desde cualquier médico, radiólogo, servicio de patología, etc.

Bajo pena de perjurio, declaro que he examinado esta declaración, ya que en la medida de

mi leal saber y entender que es verdadera, correcta y completa.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_