



118 Norte del Hospital Drive
PO Box 580
Abbeville, LA 70511

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: Servicios Financieros del Paciente
118 N. del Hospital Drive
Abbeville, LA 70510**

Solicitud de Asistencia Financiera

Información del paciente

Página 1

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

<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Ingreso mensual</u>
_____	_____	____ / ____ / _____	____, ____ . ____
_____	_____	____ / ____ / _____	____, ____ . ____
_____	_____	____ / ____ / _____	____, ____ . ____
_____	_____	____ / ____ / _____	____, ____ . ____
_____	_____	____ / ____ / _____	____, ____ . ____
_____	_____	____ / ____ / _____	____, ____ . ____
_____	_____	____ / ____ / _____	____, ____ . ____

_____/_____/_____.
(Aplicación continúa a la página 2)

Solicitud de Asistencia Financiera

Documentos requeridos

Página 2

- 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: ____/____/____



118 Norte del Hospital Drive
PO Box 580
Abbeville, LA 70511

***** SÓLO PARA USO DE OFICINA *****

Ingresos para los últimos tres meses veces cuatro: _____, _____, _____ Tamaño de la familia:

Aprobado Razón denegado: _____

denegado _____

Selección círculo



118 Norte del Hospital Drive
PO Box 580
Abbeville, LA 70511

YO, _____, La parte responsable
(Garante) (Paciente)

Estoy proporcionando la prueba de la siguiente información 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: _____



118 Norte del Hospital Drive
PO Box 580
Abbeville, LA 70511