



118 North Hospital Drive
P. O. Box 580
Abbeville, LA 70511

Programa de Asistencia Financiera

El Programa de Asistencia Financiera está diseñado para ayudarle con el saldo en su cuenta de Abbeville General. Este programa está disponible para todos los Pacientes de Abbeville General.

Si está interesado en solicitar asistencia financiera, favor de completar todas las secciones del formulario de solicitud adjunto y enviar los documentos correspondientes según lo indicado en la siguiente página. También puede venir a la oficina e inscribirse o proporcionar la solicitud junto con sus documentos.

Después de recibir los documentos, se revisará su solicitud. La determinación será basada en su nivel de ingresos. Le enviaré una carta con la decisión de la solicitud.

Favor de comunicarse directamente conmigo si tiene alguna pregunta o inquietud.

**** Favor de informarnos si está interesado en Medicaid, ya que necesitará una cita.
Favor de avisarnos si tiene seguro.**

Entregar la solicitud y documentos de apoyo a:

**Abbeville General Hospital
Atención: Donna Alfred, Patient Financial Services
P. O. Box 580
118 N. Hospital Drive
Abbeville, LA 70510**

Coordinadora de Asistencia Financiera
Donna Alfred

Este centro es un proveedor y empleador
que ofrece igualdad de oportunidades.

Oficina: (337) 898-6593
Fax: (337) 898-6506

Correo electrónico: donna.alfred@abbgen.net



"Acceso a una Atención de Calidad Cerca del Hogar"

118 North Hospital Drive
P. O. Box 580
Abbeville, LA 70511

Solicitud de Asistencia Financiera
Información del Paciente

Página 1

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/_____
 Dirección: _____ # Seguro Social: ____-____-_____
 Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Tel. casa: (____) ____-_____
 Tel. cel: (____) ____-_____
 Estado civil: Soltero Casado Divorciado
Encerrar en un círculo
 Empleado: _____ Teléfono: (____) ____-_____
 Empleado del cónyuge: _____ Teléfono: (____) ____-_____

Información del Garante

El garante es el mismo paciente: Sí No *Encerrar en un círculo* Relación con el paciente: _____
 Nombre: _____ Teléfono: (____) ____-_____
 Dirección: _____ Estado civil: Soltero Casado Divorciado
Encerrar en un círculo
 Ciudad/Estado/Código Postal: _____
 Empleado: _____ Teléfono: (____) ____-_____

Tamaño de la familia:

Miembros del Hogar

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

(La solicitud continúa en la página 2)

Coordinadora de Asistencia Financiera
Donna Alfred

Este centro es un proveedor y empleador
que ofrece igualdad de oportunidades.

Oficina: (337) 898-6593
Fax: (337) 898-6506



Correo electrónico: donna.alfred@abbgen.net

"Acceso a una Atención de Calidad Cerca del Hogar"

118 North Hospital Drive
P. O. Box 580
Abbeville, LA 70511

Solicitud de Asistencia Financiera
Documentos Requeridos

Página 2

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

Talones de cheques de pago de los tres (3) meses más recientes

Carta de Beneficios del Seguro Social

Carta de Beneficios por Incapacidad

Carta de Beneficios de Desempleo

Carta de Compensación Laboral

Carta de SNAP (cupones para alimentos)

Carta de Manutención Infantil

Carta de Pensión Alimenticia

Comprobante de Identificación

Si no tiene ingresos propios, una carta de la persona que cubre sus necesidades desde el último año hasta el presente
(Debe proporcionar en la carta el nombre, dirección y número de teléfono)

Ha solicitado Medicaid para cubrir sus gastos médicos: Sí No Encerrar en un círculo

Consideraría la posibilidad de solicitar Medicaid: Sí No Encerrar en un círculo

Si le han negado Medicaid u otra asistencia pública, ¿cuál fue la razón que le dieron?

Estoy solicitando Asistencia Financiera por servicios de atención de salud prestados en Abbeville General. Certifico que la información proporcionada es completa y precisa a mi leal saber y entender.

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

*** SOLO PARA USO DE LA OFICINA ***

Ingreso de los últimos tres meses multiplicado por cuatro: _____

Tamaño de la familia: _____

Aprobado Razón denegado: _____

Denegado _____

Encerrar en un círculo

Coordinadora de Asistencia Financiera
Donna Alfred

Este centro es un proveedor y empleador
que ofrece igualdad de oportunidades.

Oficina: (337) 898-6593
Fax: (337) 898-6506

Correo electrónico: donna.alfred@abbgen.net





118 North Hospital Drive
P. O. Box 580
Abbeville, LA 70511

Declaración de

Yo, _____, la parte responsable de _____
(Garante) (Paciente)
estoy proporcionando verificación de la siguiente información a Abbeville General:

1. Mi ingreso familiar en los últimos tres meses multiplicado por cuatro (4) fue
\$ _____
2. El tamaño de la familia según lo determinado por la definición de dependientes del código de ingresos internos es _____

Entiendo que esta declaración está siendo proporcionada al Departamento de Salud de Louisiana y a los hospitales en relación con los servicios proporcionados por Abbeville General. Entiendo que si califico para este programa, solo se pagarán las facturas del hospital y que seguiré siendo responsable de cualquier factura relacionada con este servicio de parte de cualquier médico, radiólogo, servicios de patología, etc.

Bajo pena de falso testimonio, declaro que he examinado esta declaración, y según mi leal saber y entender es verídica, correcta y completa.

Firma: _____

Coordinadora de Asistencia Financiera
Donna Alfred

Este centro es un proveedor y empleador
que ofrece igualdad de oportunidades.

Oficina: (337) 898-6593
Fax: (337) 898-6506

Correo electrónico: donna.alfred@abbgen.net



"Acceso a una Atención de Calidad Cerca del Hogar"