

Cuidados/financeira caridade assistência instruções de formulário de aplicação

Este é um pedido de assistência financeira (também conhecido como cuidados de caridade) na saúde de St. Joseph.

Lei federal e estadual exige que todos os hospitais para concessão de assistência financeira para as pessoas e famílias que atender a certos requisitos de renda. Você pode se qualificar gratuitamente cuidados ou cuidados de preço reduzido, com base no seu tamanho família e renda, mesmo se você tem seguro de saúde. Para ver nossa política de assistência financeira e deslizar a escala orientações, por favor vá para residentes site do estado de <https://www.stjhs.org>.

O que cobre a assistência financeira? A assistência médica e financeira abrange cuidados hospital medicamente necessário fornecido por um dos nossos hospitais, dependendo de sua elegibilidade. Assistência financeira não pode cobrir todos os custos de cuidados de saúde, incluindo serviços prestados por outras organizações.

Se você tiver dúvidas ou precisar de ajuda para completar esta aplicação: nossas políticas de assistência financeira, informações sobre os programas e os materiais de aplicação estão disponíveis em nosso site ou através do telefone. Poderá obter ajuda por qualquer motivo, incluindo assistência de linguagem e deficiência. Traduzido documentos escritos disponíveis mediante solicitação. Aqui está como nos contatarSe você tiver dúvidas ou precisar de ajuda para completar esta aplicação: nossas políticas de assistência financeira, informações sobre os programas e os materiais de aplicação estão disponíveis em nosso site ou através do telefone. Poderá obter ajuda por qualquer motivo, incluindo assistência de linguagem e deficiência. Traduzido documentos escritos disponíveis mediante solicitação. Aqui está como nos contatar: <https://www.stjhs.org/our-programs/patient-financial-assistance>
Representantes de serviço ao cliente em: 707-525-5228

Em ordem para seu aplicativo para ser processada, você deve:

- Fornecer-nos informações sobre sua família**
Preencha o número de membros da família em sua casa (família inclui pessoas relacionadas por nascimento, casamento ou adoção que vivem juntos)
- Fornecer-nos informações sobre a receita bruta mensal da sua família (lucro antes de impostos e deduções) para incluir os recibos de pagamento, formas de W-2, impostos, cartas de prêmios de segurança social, etc**
(consulte aplicação de assistência financeira renda seção para obter mais exemplos)
- Fornecer documentação de renda familiar e declarar ativos**
- Anexar informações adicionais se necessário**
- Assine e date o formulário de assistência financeira Assine e date o formulário de assistência financeira**

Nota: Você não precisa fornecer um número de Segurança Social para solicitar apoio financeiro. Se nos fornecer o seu número de Segurança Social ajudará a acelerar o processamento do seu pedido. Números de segurança social são usados para verificar as informações que nos forneceu. Se você não tiver um número de Segurança Social, por favor, marque "não aplicável" ou "NA."

Cuidados/financeira caridade assistência instruções de formulário de aplicação

Aplicativo de correio concluído com toda a documentação para: Santa Rosa Memorial Hospital, Attn: assistência financeira, apartado 4119, Santa Rosa, CA 95402. Certifique-se de manter uma cópia para si mesmo.

Para apresentar a sua candidatura concluída em pessoa: levar para o escritório de negócios.

Iremos notificá-lo sobre a determinação final dos direitos de elegibilidade e apelação, se aplicável, dentro de 30 dias após o recebimento de uma solicitação de assistência financeira completa, incluindo a documentação da renda.

Ao enviar um pedido de assistência financeira, você dá o seu consentimento para que possamos fazer as investigações necessárias para confirmar obrigações financeiras e informações.

Nós queremos ajudar. Por favor submeta sua aplicação prontamente! Você pode receber as contas até que recebamos a sua informação.

Caridade cuidados/financeira assistência formulário – confidencial

Por favor, preencha todas as informações completamente. Se não se aplica, escreva "NA." Anexar páginas adicionais se necessário.

INFORMAÇÕES DE RASTREIO

- Precisa de um intérprete? Sim Não *Se sim, a lista preferencial idioma*
- O paciente tem aplicado para Medicaid? Sim Não
- O paciente recebe estado serviços públicos como TANF, alimentos básicos ou WIC? Sim Não
- O paciente é atualmente um mendigo? Sim Não
- É preciso de cuidados médicos do paciente relacionada com uma lesão de trabalho ou acidente de carro? Sim Não

POR FAVOR, NOTE

- Não podemos garantir que você se qualificará para ajuda financeira, mesmo se você aplicar.
- Uma vez que você enviar em seu aplicativo, nós pode verificar todas as informações e pode solicitar informações adicionais ou comprovante de renda.
- No prazo de 30 dias após recebermos o seu pedido preenchido e documentação, iremos notificá-lo se você se qualificar para assistência.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE E O REQUERENTE

Nome do primeiro paciente	Paciente nome do meio		Último nome do paciente
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro (pode especificar _____)	Data de nascimento		Número de Segurança Social do Paciente (opcional *) * opcional, mas necessário para uma assistência mais generosa acima dos requisitos da lei estadual
Pessoa responsável por pagar	Relação ao Paciente	Data de nascimento	Número de segurança social (opcional *) * opcional, mas necessário para uma assistência mais generosa acima dos requisitos da lei estadual
Endereço para correspondência _____ _____			Número principal de contato (s) () _____ () _____
Cidade	Estado	Código Postal	Endereço de e-mail: _____
Estatuto da pessoa responsável por pagar <input type="checkbox"/> Empregado (data de contratação: _____) <input type="checkbox"/> Desempregado (quanto tempo desempregado: _____) <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Outro (_____)			

Caridade cuidados/financeira assistência formulário – confidencial

INFORMAÇÃO DA FAMÍLIA

Membros da família lista em sua casa, incluindo você. "Família" inclui pessoas relacionadas por nascimento, casamento ou adoção que vivem juntos.

TAMANHO FAMÍLIA _____

Anexar a página adicional, se necessário

Nome	Data de nascimento	Relação com o paciente	Se 18 anos ou mais: nome de empregadores ou fonte de renda	Se 18 anos ou mais: Total do rendimento mensal bruto (antes de impostos):	Também aplicar para assistência financeira?
					Sim / Não
					Sim / Não
					Sim / Não
					Sim / Não

Renda de todos os adultos dos membros da família deve ser divulgada. Fontes de rendimento incluem, por exemplo:

- Salários - Desemprego - Trabalho independente - Compensação dos trabalhadores - Incapacidade - SSI - Apoio à criança / cônjuge - Programas de estudo de trabalho (estudantes) - Pensão - Distribuições de conta de aposentadoria - Outro (por favor explique _____)

INFORMAÇÕES DE RENDA

Lembre-se: Você deve incluir a comprovação de renda com seu aplicativo.

Você deve fornecer informações sobre o rendimento da sua família. Verificação de renda é necessária para determinar a assistência financeira. Todos os membros da família 18 anos ou mais devem divulgar sua renda. Se não puder fornecer a documentação, você pode apresentar uma declaração por escrito assinada descrevendo sua renda. Por favor forneça provas para cada identificado fonte de renda. Exemplos de comprovante de renda:

- Uma declaração de retenção "W-2"; ou
- Recibos de pagamento atuais (3 meses); ou
- Declaração de imposto de renda do ano passado, incluindo programações, se aplicável; ou
- Declarações assinadas por escrito de empregadores ou outros; ou
- Aprovação / recusa de elegibilidade para Medicaid e / ou assistência médica financiada pelo estado; ou
- Aprovação / recusa de elegibilidade para compensação de desemprego.

Se você não tem comprovação de renda ou nenhuma renda, por favor, anexe uma página adicional com uma explicação.

INFORMAÇÕES DE DESPESA

Usamos esta informação para obter uma imagem mais completa da sua situação financeira.

Despesas mensais da casa:

Aluguer/hipoteca \$ _____

Prêmios de seguro \$ _____

Outras despesas/dívida \$ _____

Despesas médicas \$ _____

Utilitários \$ _____

(apoio à criança, empréstimos, medicamentos, outros)

Charity Care/Financial Assistance Application Form – confidential

INFORMAÇÕES DE ATIVOS

Esta informação pode ser usada se sua renda for superior a 101% das orientações de pobreza Federal.

Saldo de conta corrente

\$ _____

Saldo atual da conta poupança

\$ _____

Sua família tem estes outros ativos?

Por favor verifique todas as opções aplicáveis

- Acções Obrigações 401K Conta (s) de poupança de saúde Fideicomisso (s)
 Propriedade (excluindo residência principal) Propriedade própria

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Por favor anexe uma página adicional se houver outras informações sobre sua situação financeira atual que você gostaria de saber, como uma dificuldade financeira, excessivas despesas médicas, sazonais ou renda temporária ou perda pessoal.

ACORDO DE PACIENTE

Eu entendo que são José saúde pode verificar informações de revisão de informações de crédito e obter informações de outras fontes para ajudar a determinar a elegibilidade para os planos de pagamento ou assistência financeiras.

Declaro que as informações acima são verdadeiro e correto para o melhor de meu conhecimento. Entendo que se a informação financeira que eu dou é determinada para ser falsa, o resultado pode ser a negação da assistência financeira, e pode ser responsável e espera-se que pagar por serviços prestados.

Assinatura do requerente

Data