

## Hospital General de Wabash Formulario de solicitud de asistencia financiera

Importante: PUEDE RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO: Completar esta solicitud ayudará a Wabash General Hospital a determinar si puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que puedan ayudarlo a pagar su atención médica. Envíe esta solicitud al hospital.

SI NO TIENE SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA CUIDADO GRATUITO O CON DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un número de seguro social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No es necesario proporcionar un número de seguro social, pero ayudará al hospital a determinar si califica para algún programa público.

Complete este formulario y envíelo al hospital en persona, por correo, por correo electrónico o por fax para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 60 días posteriores a la fecha de alta o recepción de  
O ut - atención al paciente.

El paciente reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información solicitada en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

Información del paciente:

Nombre del paciente : \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente : \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Dirección del paciente : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de teléfono del paciente : \_\_\_\_\_

Información del garante: (En el caso de que el paciente sea un menor de edad).

Nombre del garante: \_\_\_\_\_

Dirección del garante: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del garante: \_\_\_\_\_

**Información de familia / hogar:**

- 1. Número de personas en la familia / hogar del paciente. \_\_\_\_\_
- 2. Número de personas dependientes del paciente. \_\_\_\_\_
- 3. Edades de los dependientes. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Del paciente Familia Income y Empleo Información:**

(Si el paciente es menor de edad, complete las columnas Garante y Cónyuge si corresponde. Si el paciente es mayor de 18 años, complete las columnas Paciente y Cónyuge si corresponde ).

	<b>Paciente</b>	<b>Garante</b>	<b>Cónyuge (pareja)</b>
1. Compruebe la columna de Who es actualmente empleado .	_____	_____	_____
2. Nombre del empleador?	_____	_____	_____
<b>Enumere los importes de ingresos mensuales</b>			
3. Salario (mensual bruto)	_____	_____	_____
4. Compensación por desempleo	_____	_____	_____
5. Seguridad Social	_____	_____	_____
6. Ingresos por discapacidad	_____	_____	_____
7. Compensación al trabajador	_____	_____	_____
8. Asistencia temporal	_____	_____	_____
9. Pensión de retiro)	_____	_____	_____
10. Manutención de menores o pensión alimenticia	_____	_____	_____
11. Otros ingresos	_____	_____	_____
<b>Totales</b>	_____	_____	_____

**Incluya comprobante de ingresos con la solicitud:**

Los siguientes son ejemplos de comprobantes aceptables de ingresos utilizados para determinar la asistencia financiera. Queda a discreción de Wabash General Hospital determinar una prueba aceptable de ingresos.

- Declaración de impuestos sobre la renta federal actual (comprobante de ingresos preferido)
- Carta que muestre la elegibilidad actual para recibir asistencia
- Recibos de pago actuales
- Carta / Aviso de compensación por desempleo
- LES reciente para personal militar
- Decreto de divorcio
- Copia de la Solicitud de ayuda financiera para estudiantes con aviso de determinación
- Documento de cupones para alimentos que muestre la elegibilidad actual
- Carta de beneficios de la Administración del Seguro Social • Estados de cuenta bancarios actuales (últimos 3 meses)

**Información sobre beneficios de seguro:**

- |  |     |
|--|-----|
| 1. Tiene cobertura de seguro médico?                             | S/N |
| Si es así, tiene:  |     |
| Seguro médico del estado?  | S/N |
| Medicare Parte D?  | S/N |
| Suplemento de Medicare?  | S/N |
| Seguro de enfermedad?  | S/N |
| Beneficios para veteranos?                                       | S/N |
| 2. Se ha inscrito en el plan estatal de Medicaid o Market Place? | S/N |

**Declaración de certificación:**

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital y autorizo al hospital a comunicarse con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si a sabiendas proporciono información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que se me otorgue puede revertirse y seré responsable del pago de la factura del hospital.

Firma del paciente o solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Effective

1/1/2025

Uninsured Discount

Family Size	< = 200% 100% Discount	< = 300% Based on gross income Does not qualify
1	0 – 31,300	46,950.00
2	0 – 42,300	63,450.00
3	0 – 53,300	79,950.00
4	0 – 64,300	96,450.00
5	0 – 75,300	112,950.00
6	0 - 86,300	129,450.00
7	0 – 97,300	145,950.00
8	0 – 108,300	162,450.00

For each additional  
Person, Add \$5,380

updated 01/22/25