



McCurtain Memorial Hospital

Trabajando para una Comunidad Más Sona

A Nuestro Valioso Paciente:

Gracias por elegir McCurtain Memorial para sus necesidades de atención médica. Adjunto encontrará una solicitud de asistencia financiera del hospital. Esto es sólo para los servicios de asistencia financiera cubiertos.

Los pacientes con ingresos familiares iguales o inferiores al 300% de la pauta federal de pobreza que carecen de fondos suficientes para pagar sus cuentas pueden ser elegibles para asistencia. Los pacientes con facturas médicas importantes independientemente de los ingresos también pueden ser elegibles para asistencia. Además de los ajustes parciales o completos, la asistencia incluye disposiciones de pago ampliadas.

Al recibir una solicitud completa, nuestro personal realizará una revisión de la solicitud de asistencia posible para el saldo de su (s) cuenta (s). Le notificaremos por escrito después de nuestra revisión.

Si tiene alguna pregunta con respecto a la solicitud o la información anterior, comuníquese con un consejero financiero del hospital o llame al número que aparece a continuación.

Por favor devuelva esta página y la solicitud completa y proporcione toda la documentación de apoyo a la oficina de negocios del hospital La documentación de apoyo puede incluir los siguientes:

- La declaración de impuestos más reciente y completa
- 3 cheques de pago más recientes (se puede solicitar información adicional)
- 3 extractos de cuentas de cheques / ahorros más recientes
- Sello de alimentos o carta de adjudicación SSI / SSA / SSD
- Si reporta un ingreso de \$ 0, adjunte una breve explicación de cómo usted o el paciente están cubriendo las necesidades básicas

Sinceramente,

McCurtain Memorial Departamento de Asistencia Financiera
580-208-3127

Lunes - Jueves, Viernes

De 8:00 a 17:00, de 8:00 a 16:00

Por favor devuelva las solicitudes completadas a:

McCurtain Memorial Hospital

Attn: Servicios Financieros

1301 E Lincoln Rd

Idabel, OK 74745

Fecha de Solicitud: _____ Nombre del Garante (si corresponde): _____

Nombre del paciente: _____ Fecha (s) del servicio: _____

Número (s) de cuenta del hospital _____

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE MCCURTAIN MEMORIAL

INFORMACIÓN DEL PARTE RESPONSABLE

Nombre de la parte responsable:		Relación con el paciente:	
Fecha de nacimiento	Número de seguridad social:	Número de teléfono:	
Dirección actual:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Propia o alquilada (Por favor marque uno)	Mensualidad:	cuanto tiempo has vivido aquí:	
Dirección anterior:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Propia o alquilada (Por favor marque uno)	Mensualidad:	Cuanto tiempo viviste ahí:	
Número de personas que viven en su casa:		Numero de dependientes (menor de 21):	
Nombre del paciente:		Fec. Nac. de Pacoemte:	
Ciudadano estadounidense: S / N	Legalmente ciego: S / N	Residente en una residencia de ancianos: S / N	Víctima del crimen: S / N
Embarazada: S / N	Pendiente Seguridad social/cupón de alimentos/Medicaid/discapacidad aplicación?: S / N		
Numero(s) de Cuentas:			

INGRESO DEL HOGAR

Tipo	Importe de la parte responsable	Cónyuge u otro residente Cantidad	Tipo de verificación requerida
Ingreso del Empleo (Bruto)	\$	\$	<input type="checkbox"/> Proporcionar talones de cheque de pago para los últimos 3 períodos de pago o 3 meses de extractos bancarios
Ingreso por cuenta propia (bruto)	\$	\$	<input type="checkbox"/> Proporcionar los últimos 3 meses de extractos bancarios
Pensión, Retiro, Ingreso de la Seguridad Social	\$	\$	<input type="checkbox"/> Proporcione su declaración de pensión / jubilación y / o carta de adjudicación de SSI
Desempleo, Ingreso por Incapacidad, ect.	\$	\$	<input type="checkbox"/> Proporcionar una carta de desempleo, carta de adjudicación de incapacidad, o 3 meses de extractos bancarios
Mantenimiento de Hijos, Pensión Alimenticia	\$	\$	<input type="checkbox"/> Proporcionar una copia del decreto de divorcio, o documentos de adjudicación de manutención de menores
Otro: _____	\$	\$	<input type="checkbox"/> Proporcionar 3 meses de extractos bancarios

BIENES

Tipo	Institución Financiera	Saldo Total / Valor
Efectivo	\$	\$
Guardando cuenta(s)	\$	\$
Revisando cuentas	\$	\$
Acciones o Bonos	\$	\$
401(k) / IRA	\$	\$
Casa	\$	\$
Vehículos distintos del vehículo	\$	\$
Barcos/ATVs/Vehículos recreativos	\$	\$
Los Activos Totales	\$ _____	

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE MCCURTAIN MEMORIAL

GASTOS MENSUALES		
Tipo	Mensualidad	Importe pendiente
Pago de Casa/Alquiler	\$	\$
Seguro de Casa	\$	\$
Otras propiedades		
Impuestos sobre la propiedad	\$	\$
Utilidades		
Electricidad	\$	\$
Agua	\$	\$
Gas	\$	\$
Teléfono/móvil	\$	\$
Televisión/Satélite /Internet	\$	\$
Pensión alimenticia/ Manutención de los hijos	\$	\$
Gastos de guardería	\$	\$
Primas del seguro de coche	\$	\$
Primas del Seguro de Salud	\$	\$
Comestibles	\$	N/A
Total parcial	\$ _____	\$ _____
Pago del vehículo(s)		
Total parcial	\$ _____	\$ _____
Pago(s) de Tarjeta de Crédito / Préstamo		
Total parcial	\$ _____	\$ _____
Cuentas médicas pendientes (Lista)		
Total parcial	\$ _____	\$ _____
GASTOS TOTALES		

Certifico que la información anterior es exacta y completa. Entiendo que el hospital se reserva el derecho de verificar toda la información suministrada. Acepto notificar al Departamento de Servicios Financieros del hospital cualquier cambio en mi información financiera dentro de los 30 días siguientes al cambio. Entiendo que esta solicitud no me exime de mi responsabilidad financiera por cargos en el McCurtain Memorial Hospital.

	Date:
Firma del solicitante	
	Date:
Firma del testigo / traductor (si corresponde)	
	Date:
Firma del Representante del Hospital	