



Huntsville Hospital
Huntsville Hospital for Women & Children
Madison Hospital
Decatur Morgan Hospital
Helen Keller Hospital
Red Bay Hospital
Athens Limestone Hospital
DeKalb Regional Hospital

Nombre del Paciente: _____ #Cuenta: _____ Fecha: _____

Si usted esta necesitando de servicios del Sistema de Salud del Hospital de Huntsville y se encuentra sin cobertura médica o está pasando por desafíos financieros, por favor complete la aplicación de asistencia financiera que se encuentra adjunto y **regrese la aplicación con los requisitos que se piden debajo** al Departamento de Asesoría Financiera dentro de 14 días.

Si ya completo la aplicación de asistencia financiera estando en algún Sistema de Salud del Hospital de Huntsville, **vamos a necesitar que proporcione la información que se encuentra debajo para sustentar su aplicación financiera** o puede contactar el Departamento de Contabilidad de Pacientes llamando a uno de los siguientes números para más información: Huntsville Madison Hospital (256) 265-9569;

Decatur Morgan Hospital (256) 973-4688; Helen Keller Red Bay Hospital (256) 386-4385
Athens Limestone Hospital (256) 233-9158 , DeKalb Regional Hospital (256) 979-1092

Cuando aplique para asistencia financiera con el Sistema de Salud del Hospital de Huntsville, necesitara comprobantes de ingreso. Los comprobantes de ingresos deberán incluir los del **paciente y esposo(a)** (si aplica). ***Adjunte la información de los padres si el paciente es menor de 19.** El Sistema de Salud del Hospital de Huntsville podrá acceder a sus expedientes de crédito y/o proporcionar su información financiera a compañías contratadas por el Sistema de Salud del Hospital de Huntsville para el propósito financiero o producto de programas de recuperación financiera para la cual pueda calificar.

VERIFICACION DE INGRESOS:

- Si está **desempleado y no tiene ingreso alguno**, necesitara proporcionar un comprobante de sus circunstancias. El comprobante debe ser una declaración escrita por un doctor, pastor de la iglesia o una carta del abogado con el membrete. Si tiene pendiente un Suplementario o un reclamo del Seguro Social, por favor proporcione la carta del Seguro Social o del abogado a cargo de la discapacidad.
- Si esta **empleado**, necesitara proporcionar comprobantes de ingresos brutos de los últimos tres meses. El comprobante puede ser el talón de cheque más reciente mostrando su ingreso bruto hasta la fecha o una carta del empleador hecha con el membrete de la compañía.
- Si es **independiente**, necesitara proporcionar una copia de su más reciente declaración de impuestos incluyendo el anexo C y todos los formularios.
- Si recibe **Seguro Social, SSI, Discapacidad del Seguro Social, Pensión Militar o de Veteranos**, necesitara el comprobante de este ingreso. El comprobante puede ser la copia del cheque más reciente o carta del gobierno mostrando la cantidad que recibe. Si sus hijos menores de edad reciben cheques, también necesitara prueba de los ingresos.
- Si recibe **Jubilación, Pensión, Anualidad, termino corto/largo de discapacidad o compensación al trabajador (workers compensation)**, necesitara proporcionar comprobante de este ingreso. El comprobante puede ser la copia del cheque más reciente o una carta de la fuente de ingreso.
- Si recibe **cupones de alimentación, AFDC (ayuda por hijo a cargo), o FA (asistencia estatal para la familia)**, necesitara proporcionar comprobante de asistencia. El comprobante puede ser la carta donde fue aprobada la asistencia.
- Si recibe **manutención de su hijo, pensión alimenticia**, o recibe asistencia del padre/madre del niño (que no vive en la misma vivienda), necesitara proporcionar comprobante de la fuente de ingreso. El comprobante puede ser la orden de la corte de la manutención del niño o el decreto del divorcio.
- Si está **desempleado y recibe beneficios de desempleo**, necesitara proporcionar el comprobante de la cantidad que recibe. El comprobante puede ser la carta donde se le aprobaron los beneficios.
- Si está **separado(a)** o en proceso de divorcio, necesitara proporcionar comprobante legal de la separación.
- Si sus **gastos mensuales son más que sus ingreso**, necesitara proporcionar un comprobante de como los gastos mensuales son cumplidos. El comprobante puede ser una carta de apoyo de la familia, amistades, iglesia u organizaciones de apoyos. Si está utilizando tarjetas de débito/crédito, cash avances o préstamos para cumplir con sus gastos mensuales, necesitara comprobante de la declaración mas reciente.

VERIFICACION DE BIENES:

Necesitará proporcionar el estado bancario más reciente y completo (incluyendo **todas las páginas** de la cuenta de cheque y la de ahorros o certificados de depósitos). Si su cuenta bancaria esta cerrada, necesitara la carta del banco donde declara que fue cerrada. Otros como bienes raices (aparte de su residencia principal), ingreso por alquiler o inversiones de capital, Seran verificadas durante el proceso de la aplicacion financiera.

DETERMINANDO LA ELEGIBILIDAD:

El Sistema de Salud del Hospital de Huntsville determinara la asistencia financiera basandose en las normas Federales de Pobreza. Toda aplicacion aprobada podra ser usada SOLO para las cuentas del Sistema de Salud del Hospital de Huntsville.

COLECCION CONTINUA DURANTE EL PROCESO DE SU APLICACION:

Tenga en cuenta que las acciones extraordinarias de cobro en su cuenta serán suspendidas durante la revisión de su aplicación ya completa. Usted tendrá 30 días a partir de la fecha que se le da la aplicación par a entregar la documentación requerida o su cuenta será entregada para facturación. Si la documentación de soporte no es seguida por un comprobante o hay alguna porción falsa en la aplicación, su aplicación será negada. El Sistema de Salud del Hospital de Huntsville tiene el derecho de revocar/reversar su decicion cuando la informacion indica que el paciente/garantor tiene o tenia la capacidad de pagar los servicios y la asistencia financiera no debio ser aprobada.

INGRESOS Y GASTOS

INGRESOS MENSUALES

Ingreso Bruto del paciente _____
Ingreso Neto del paciente _____
Ingreso Bruto del esposo(a) _____
Ingreso Neto del esposo(a) _____
Ingreso Bruto de los padres _____
Ingreso Neto de los padres _____
(Si el paciente es menor por favor liste los ingresos de los dos padres)
Suma del Seguro Social recibido por paciente _____
Suma del Seguro Social recibido por esposo(a) _____
Suma del Seguro Social recibido por hijo(a) _____
Ingreso del SSI (**indique la cantidad y quien la recibe**) _____
Pension Militar, Reserva o Veteranos _____
Ingreso de incapacidad a corto y largo plazo _____
Manutencion/pension alimenticia _____
Suma del cheque de Desempleo _____
Pension de Jubilacion/Retiro _____
Remuneracion de Trabajadores (WC) _____
Ingresos recibidos por renta _____
AFDC/Asistencia familiar _____
Cupones de Alimentacion recibidas _____
Suma de la ayuda recibida por la iglesia _____
Otros ingresos que recibe _____

Declaracion del Solicitante: Por el presente certifico que la informacion que contiene este formato esta correcta y es verdadera a mi saber y entender, y que no hay elementos de informacion encubiertos u omitidos en esta solicitud. Tambien entiendo que el Sistema de Salud del Hospital de Huntsville tiene el derecho de reservar sus decisiones sobre los descuentos de caridad cuando se descubre que el paciente o el garante tenían o tienen las habilidades para pagar los servicios. Yo le doy permiso al Sistema de Salud del Hospital de Huntsville para acceder a mis expedientes de credito y proporcionar mi informacion financiera a companias contratadas por el Sistema de Salud del Hospital de Huntsville para el proposito financiero o producto de programas de recuperacion financiera la cual pueda calificar. Si usted le gustaria darnos permiso para hablar con otra persona respecto al proceso de su aplicacion financiera, por favor liste a la persona designada en el espacio de abajo.

Persona designada: _____ Iniciales del Paciente aprobando _____

Firma del Paciente o familiar representante _____ Fecha: _____

Firma del esposo(a) _____ Fecha: _____

Bolder Rep _____ Financial Counselor: _____

GASTOS MENSUALES

****Si los gastos son compartidos, por favor solo liste su parte*****

Alquiler o pago de casa/trailer _____
Pago de terreno/lotes _____
Servicios _____ Gas _____ Agua _____
Alimentacion _____ Telefono _____
Pago del Carro _____ Aseguranza del Carro _____
Manutencion/pension alimenticia _____
Gastos de cuidado infantil/ Educacion infantil _____
Educación/préstamos para la Universidad _____
enumera todas las primas de los seguros pagados
Hospital/Indemnización diaria _____
Aseguranza de Vivienda/Arrendadores _____
Seguro Medico _____ Seguro Estudiantil _____
Seguro de Vida/entierro _____ Seguro contra el Cancer _____
Gastos Médicos (mensuales) _____

Costo de prescripción (mensuales) _____
Tarjeta de Credito: Nombre _____ Pago _____
Tarjeta de Credito: Nombre _____ Pago _____
Prestamo Bancario: Nombre _____ Pago _____
Otros Gastos _____ Pago _____

Health System

Huntsville Hospital
Huntsville Hospital for Women & Children
Madison Hospital
Decatur Morgan Hospital
Helen Keller Hospital
Red Bay Hospital
Athens-Limestone Hospital
DeKalb Regional Hospital

***Por favor escriba su nombre y no deje espacio en blanco. Escriba "N/A" en areas que no aplican a sus circunstancias).**

Nombre del Paciente: Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial _____

Numero de cuentas: _____

Fecha(s) de Admisión: _____ Rason: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado civil: (circule uno) Casado Unión Libre Soltero Viudo Divorciado Separado Hace cuánto? _____

Nombre del esposo(a) _____ Fecha de Nacimiento del esposo(a) _____

Seguro Social del esposo(a) _____

Tel. Residencial del paciente: _____ # Trabajo: _____ # Cel. _____

Dirección actual: _____

Condado: _____ Hace cuanto que vive ahí? _____

Nombre y Tel. De familiares que no viven con usted _____

Empleador del Paciente: _____ Fecha de Contrato: _____

Si desempleado-ultimo día de trabajo: _____ Rason: _____

Empleador del Esposo(a): _____ Fecha de Contrato: _____

Si desempleado-ultimo día de trabajo: _____ Rason: _____

Liste **TODAS** las cuentas bancarias (incluya nombré y # de cuenta):

Cuentas del Paciente: _____ Cheques _____ Ahorros _____ Otro _____

Cuentas del Esposo(a): _____ Cheques _____ Ahorros _____ Otro _____

Cuentas de hijos menores de edad: _____ Cheques _____ Ahorros _____ Otro _____

Propietario de: Casa _____ Terreno _____ Carro (año y marca) _____

Esta Usted?: Rentando _____ Comprando _____ Dueño de propiedad _____

Viviendo con/o recibe asistencia de alguien? _____ Quien? _____

Numero de personas que viven en su hogar _____ Que parentesco tienen con usted? _____

Enumere la edad de los hijos menores que viven en casa: _____

Fue este servicio un accidente? _____ Causa del accidente: _____ Fecha y lugar del accidente _____

Si estuvo involucrado liste:

Informacion de póliza medica: _____ Información de póliza de responsabilidad (liability insu): _____

Informacion de póliza de vivienda: _____