

Estimado paciente:

Encontrará adjunta la solicitud del programa de atención de caridad de Community Hospital, LLC (“Community Hospital”). Cuando complete este solicitud podremos determinar su necesidad de asistencia financiera para su(s) factura(s) médica(s).

Entendemos que desea privacidad. La información incluida en su solicitud será considerada confidencial, salvo para fines de verificación. NO se compartirá con nadie fuera de Community Hospital, excepto según se autoriza a continuación.

Por favor llene cada apartado de la solicitud. Si necesita espacio adicional para cualquier explicación, utilice el reverso de la hoja de la solicitud o una hoja nueva. Puede que sea necesario obtener un informe crediticio para verificar información proporcionada en esta solicitud. **Todos los documentos que entregue se convertirán en propiedad de Community Hospital y no podrán ser devueltos.**

Deben entregarse copias de todos los documentos mencionados a continuación que *sean pertinentes para usted* para que pueda determinarse si se brindará asistencia.

1. Una copia completa de la transcripción de impuestos del año anterior* **(PARA OBTENER UNA DECLARACIÓN OFICIAL DEL IRS [Servicio de impuesto internos] LLAME AL 1-800-908-9946 o visite su sitio web en IRS.gov) o una declaración fiscal completa. (Esto no incluye formularios W-2 o recibos de pago)**
2. Una copia completa de la transcripción de impuestos del año anterior* con carta de concesión del Seguro Social (que incluya los ingresos del cónyuge, si aplica)
3. Una copia completa de la transcripción de impuestos del año anterior* con una declaración de discapacidad expedida por un medico que indique una discapacidad permanente, así como documentación complementaria.

**Si es un trabajador autónomo, entregue una copia de la declaración de impuestos personal más reciente que haya presentado y un estado de resultados que incluya todos los esquemas pertinentes.*

Es de suma importancia que complete esta solicitud apenas la reciba y que la entregue en menos de 15 días. En caso de no entregar la información requerida, su solicitud será demorada o denegada. **La solicitud completa será revisada en un plazo menor a 30 días después de su recepción y se le notificará de la decisión en menos de 60 días.** Se encuentran disponibles copias de la Póliza de Asistencia Financiera y el formulario de solicitud en www.communityhospitalokc.com y en el centro Servicio de Atención al Cliente de Community Hospital, **14024 Quail Pointe Drive, Oklahoma City, OK 73134**, dentro de Community Hospital. También puede obtener copias gratuitas de la póliza de asistencia financiera y su solicitud por correo llamando al departamento de servicio a clientes al 405-419-8444. También hay disponible información adicional sobre la Póliza de Asistencia Financiera en cualquier área de admisiones y en el Servicio de Atención al Cliente en **14024 Quail Pointe Drive, Oklahoma City, OK 73134 o puede solicitarla por teléfono al 405-419-8444.**

Atentamente,

Community Hospital
Departamento de Servicio de Atención al Cliente

Solicitud para asistencia de caridad

INSTALACIÓN: _____

N.º de cuenta: _____

N.º de garante: _____

Nombre del paciente: Apellido, _____ Nombre(s) _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio: _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Nombre del garante: _____

N.º de Seguro Social: _____

Casado/a _____ Soltero/a _____ Divorciado/a _____ Separado/a _____ Viudo/a _____

¿Tiene hijos menores de edad (menores de 18 años)? Sí _____ No _____

¿Viven con usted? Sí _____ No _____

¿Sus hijos son naturales/adoptados? Sí _____ No _____

Nombre de su empleador

Nombre del empleador de su cónyuge

N.º telefónico _____

N.º telefónico _____

Domicilio _____

Domicilio _____

Ocupación _____

Ocupación _____

Ingresos

Bruto

Neto

Miembros de la familia

(Monto mensual)

Paciente \$ _____ \$ _____

Hijo/a: _____ Edad: _____

Cónyuge \$ _____ \$ _____

Hijo/a: _____ Edad: _____

Dependientes \$ _____ \$ _____

Hijo/a: _____ Edad: _____

Asistencia pública \$ _____ \$ _____

Hijo/a: _____ Edad: _____

Cupones para alimentos \$ _____ \$ _____

Hijo/a: _____ Edad: _____

Seguro Social \$ _____ \$ _____

Desempleo \$ _____ \$ _____

TOTAL \$ _____ \$ _____

Proporcione cualquier información adicional que crea que pueda ayudarnos a determinar su elegibilidad para recibir asistencia respecto del pago de su(s) factura(s) médica(s).

*Entiendo que es posible que Community Hospital verifique la información financiera contenida en esta solicitud con fines de evaluación de la solicitud y por la presente autorizo a que Community Hospital comparta mi información según sea necesario para evaluar mi solicitud de asistencia financiera, lo que incluye contactar a mi empleador para que confirme la información proporcionada y solicitar un informe de agencias de informes crediticios. Reconozco que esta información se utilizará para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia de caridad. La información en esta solicitud es exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier declaración incorrecta, incompleta o falsa podría resultar en el rechazo de mi solicitud para recibir asistencia financiera. **Acepto informar a Community Hospital cualquier cambio que pudiese afectar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera. Esta solicitud debe completarse para que sea procesada; caso contrario, puede ser devuelta al paciente para que la complete.** Además, entiendo que cualquier reembolso de gastos médicos que reciba relacionado con esta hospitalización debe enviarse a Community Hospital.*

 Firma de la persona que realiza la solicitud

 Fecha

 Firma de la persona que realiza la solicitud, si no es el paciente

 Parentesco