



Documentos de asistencia financiera

Estimado paciente / garante,

Gracias por elegir el Hospital Lackey Memorial para sus necesidades de atención médica. La Oficina de Negocios y el departamento de Servicios Financieros para el Paciente desean ayudarlo con su obligación financiera ofreciéndole la Solicitud de Asistencia Financiera. Si tiene alguna pregunta sobre los documentos requeridos o la solicitud, no dude en preguntar a un representante de admisiones, o puede llamar a nuestro Gerente de Oficina Comercial al (601) 469-4151 ext 306. También puede llamar al Departamento de Servicios Financieros para el Paciente al (601) 849-6440 ext. 242.

Envíe la solicitud completa, firmada y fechada junto con la lista de documentos requeridos (ver a continuación) a Lackey Memorial Hospital o al departamento de Servicios Financieros para el Paciente dentro de dos semanas. Su solicitud vence dos semanas después de la fecha de envío de este correo.

Si tiene circunstancias que considera importantes para su situación financiera, incluya un Carta de explicación firmada con los documentos.

Necesario:

- a. Carta de Denegación de Medicaid
- b. Las declaraciones de impuestos del año pasado incluyen W2s / 1099s / Anexo C
- c. Prueba de ingreso
 - Si está trabajando, pague los talonarios de cheques de los tres meses anteriores.
 - Si está desempleado y recibe un cheque de desempleo, proporcione el talón del cheque o la carta de determinación de compensación por desempleo
 - Si los ingresos provienen de un fondo de jubilación, una pensión, una propiedad de alquiler, etc., proporcione una prueba de la fuente y la cantidad de ingresos recibidos
- d. Si los ingresos han cambiado desde la última declaración de impuestos, proporcione una explicación por escrito.
- e. Prueba de discapacidad / -físicos restricción de orden de trabajo
- f. Facturas médicas pendientes distintas de las facturas en el Hospital Lackey Memorial
- g. Recibo de pago de alquiler o hipoteca por un mes
- h. Facturas de servicios públicos; gas; eléctrico; agua y alcantarillado
- i. Estados de cuenta bancarios a tres meses (cuenta corriente y ahorro).



Solicitud de ayuda financiera

Información del paciente y / o del garante si el paciente es menor de edad:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cremallera: _____

Teléfono:(____) _____ Seguridad Social #: _____ Estado civil: _____

Empleador: _____ Posición: _____

Salario anual: _____ Duración del empleo: _____

Compañía de seguro de salud: _____ Política #: _____

Información del cónyuge y / o tutor legal:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____ Seguridad Social #: _____ Posición: _____

Salario anual: _____

Información de dependiente (s):

Número de dependientes: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Información de activos: escriba sí o no para responder las siguientes preguntas:

Automóvil: _____ Alquiler: _____ Granjas: _____ Ganado: _____

Tienes un negocio: _____ Nombre del negocio: _____

Cuenta de cheques: _____ Nombre del banco: _____ Equilibrar: _____

Cuenta de ahorros: _____ Nombre del banco: _____ Equilibrar: _____



Descargo de responsabilidad y autorización:

Autorizo a Lackey Memorial Hospital a obtener un informe de crédito del consumidor en mi nombre para procesar mi solicitud si es necesario. Esta información solo se utilizará para el propósito para el que fue diseñada. También entiendo que Lackey Memorial no compartirá ni divulgará la información con ningún proveedor externo a menos que yo otorgue la autorización correspondiente. El Hospital Lackey Memorial no me dará una copia de mi informe de crédito; Se mantendrá en el registro financiero del hospital. También autorizo a Lackey Memorial Hospital a verificar toda la información que proporcioné para procesar mi solicitud.

El nombre del solicitante: _____

Firma del aplicante: _____ Fecha: _____