

**SOLICITUD PARA ATENCIÓN MÉDICA SIN COMPENSACIÓN**

Nombre Completo del Paciente \_\_\_\_\_ Servicio Requerido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Paciente \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del Paciente \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Fiador \_\_\_\_\_ Cónyuge \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección Actual \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección Anterior si tiene menos de dos años donde reside actualmente \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa donde trabaja \_\_\_\_\_ Nombre de la Empresa donde trabaja su cónyuge \_\_\_\_\_

Nombre del Familiar más cercano que no viva con usted \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**INDIQUE ABAJO, EL INGRESO FAMILIAR TOTAL DE TODOS LOS MIEMBROS MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD:**

Sueldos	_____	Pensión Matrimonial	_____
Sector Agrícola/Trabaja por su cuenta	_____	Pensión Alimenticia	_____
Asistencia Pública	_____	Asignación Familiar Militar	_____
Seguro Social	_____	Pensiones	_____
Compensación del Desempleo	_____	Dividendos/Intereses/Alquileres	_____
Compensación de los Trabajadores	_____	Becas	_____
<b>INGRESO TOTAL</b>	_____	Beneficios Huelgarios	_____

**Indique Abajo el total de Activos Familiares: \$** \_\_\_\_\_

Cuenta Bancaria	_____	Propiedades de Bienes Raíces	_____
Cuenta de Ahorro	_____	Automóviles Propios	_____
Certificados de Depósito	_____	Acciones y Bonos	_____
Valores	_____	Otros	_____
<b>Indique Abajo, sus Obligaciones Totales: \$</b>	_____	* Maquinaria Agrícola/Ganado	_____

Alquiler de casa/apartamento	_____	Pago Mensual por tarjeta de crédito	_____
Pago mensual por vivienda	_____	Compañías Financieras	_____
Pago mensual por automóvil	_____	Marca y Modelo de Automóviles	_____
Otros	_____	<b>OBLIGACIONES TOTALES</b>	_____

**QUE YO SEPA Y LA MEMORIA NO ME FALLE, YO CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN DADA ARRIBA ES VERDADERA Y CORRECTA, Y LES DOY PERMISO PARA VERIFICARLA.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Número de miembros en la familia \_\_\_\_\_ Edades de cada miembro de la familia \_\_\_\_\_

Aprobado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Negado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

## NEWMAN REGIONAL HEALTH

### PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA SIN COMPENSACIÓN PARA GENTE DE POCOS RECURSOS

#### EXPOSICIÓN DEL PROPÓSITO

El proveer ayuda para la atención médica de aquellos pacientes, que no pueden darse el lujo de pagar, y los cuales no están cubiertos por ningún otro programa, incluyendo los seguros médicos para la salud, ó que no son elegibles para beneficios de la Fundación Jones u otros fondos caritativos. Aviso por escrito de su descalificación pudiera entonces ser requerido. Esta institución no discrimina en contra de ningún paciente debido a su raza, credo, color ó nacionalidad. La elegibilidad del paciente es determinada por sus ingresos familiares y sus activos.

#### POLÍTICA USADA PARA LA VERIFICACIÓN DE INGRESOS Y ACTIVOS

La elegibilidad del paciente para la atención médica sin compensación, es determinada comparando el ingreso familiar con la Directriz del Ingreso de la Pobreza, establecido en la Administración de Servicios para la Comunidad. Para verificar el ingreso anual, al solicitante le será requerido suministrar lo siguiente:

1. Debe ser Ciudadano Americano (cualquier excepción debe ser aprobada por el Oficial de Finanzas al Mando, CFO por sus siglas en Inglés.)
2. Talonarios de pagos actualizados.
3. Copia de sus más recientes formularios sobre la renta ya preparados, incluyendo todos los diversos tipos de formularios.
4. Cualquier tipo de formulario aplicable que aprueba ó niega la compensación del desempleo ó la de los trabajadores.
5. Verificación por escrito de los ingresos de la empresa donde trabaja, si los talonarios de pagos no están disponibles.
6. Verificación por escrito de las Agencias del Bienestar Público.

#### LAS NUEVAS DIRECTRICES DE INGRESOS EFECTIVAS DESDE EL PRIMERO DE MARZO DEL 2009 SON LAS SIGUIENTES:

##### Tamaño de la Familia

##### Ingreso Familiar Anual

1	\$10,830
2	14,570
3	18,310
4	22,050
5	25,790
6	29,530
7	33,270
8	37,010

- \* Para unidades familiares con más de 8 miembros, añada \$ 3,740 por cada miembro adicional
- \* Los estudiantes, sin tener en cuenta su residencia, quienes son mantenidos por sus padres u otras personas que estén relacionados con ellos por parte de nacimiento, matrimonio, ó adopción, son considerados residentes con aquellos que los mantienen.
- \* Los activos son reportados como parte de la solicitud. Si existen suficientes activos para pagar la cuenta, entonces se espera que haya pago.
- \* Las solicitudes deben ser completadas dentro de los 90 días de la ocurrencia del servicio. La determinación para la elegibilidad será efectuada dentro de los siguientes días laborales y el solicitante recibirá un aviso por escrito de la aceptación ó rechazo
- \* Las solicitudes pueden ser obtenidas a través del Coordinador de Crédito/Cobranzas ó del Supervisor de Cuentas para el Paciente, y el horario es de 8:00am. a 4:30p.m. de Lunes a Viernes.

#### DIRECTRICES MÉDICAS PARA GENTE DE POCOS RECURSOS

Para cuentas médicas que son más del 50% del ingreso bruto doméstico de los solicitantes, éstos deben suministrar prueba de todos los gastos médicos pendientes