



SOLICITUD PARA ATENCIÓN MÉDICA SIN COMPENSACIÓN

Devuelva la aplicación ya completada Con prueba de sus ingresos, etc., a la Sra: JaNae Brown A/Cargo de Newman Regional Health 1201 W. 12th Ave Emporia, KS 6601

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:

Table with 2 columns of income sources: Sueldos, Sector Agrícola/Trabaja por su cuenta, Asistencia Pública, Seguro Social, Compensación del Desempleo, Compensación de los Trabajadores, INGRESO TOTAL, Pensión Matrimonial, Pensión Alimenticia, Asignación Familiar Militar, Pensiones, Dividendos/Intereses/Alquileres, Becas, Beneficios Huelgarios.

Indique Abajo el total de Activos Familiares: \$ _____

Table with 2 columns of assets: Cuenta Bancaria, Cuenta de Ahorro, Certificados de Depósito, Valores, Propiedades de Bienes Raíces, Automóviles Propios, Acciones y Bonos, Otros * Maquinaria Agrícola/Ganado.

Indique Abajo, sus Obligaciones Totales: \$ _____

Table with 2 columns of obligations: Alquiler de casa/apartamento, Pago mensual por vivienda, Pago mensual por automóvil, Otros, Pago Mensual por tarjeta de crédito, Compañías Financieras, Marca y Modelo de Automóviles, OBLIGACIONES TOTALES.

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.**

PAUTAS DE POBREZA 2018

Tamaño de la Familia	Ingreso Familiar Anual
1	\$12,140
2	16,460
3	20,780
4	25,100
5	29,420
6	33,740
7	38,060
8	42,380

- * Para unidades familiares con más de 8 miembros, añada \$ 4,320 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