



NEWMAN

REGIONAL HEALTH

Gracias por solicitar la aplicación para el programa de asistencia financiera. Le pedimos que proporcione una verificación de ingresos junto con la aplicación. Puede devolver toda su información en el auto dirigido sobre estampado incluido. Esto nos ayudará a acelerar el manejo de su solicitud de una manera más oportuna. Si no se recibe la información, retrasará el proceso de solicitud y posiblemente podría hacer que no sea elegible para el programa. Requerimos prueba de ingresos para todos los miembros del hogar. A continuación, encontrará la lista de información que se le solicitará si es aplicable:

1. Talones de Pago Actuales de su Empleador
2. Copia más reciente de su Declaración de Impuestos, incluyendo TODOS los horarios.
3. Cualquier forma aplicable aprobando o negando la compensación por desempleo o la compensación para trabajadores.
4. Verificación por escrito del salario del empleador si los talones de pago no están disponibles.
5. Verificación por escrito de las agencias de bienestar público.
6. Si trabaja por cuenta propia, necesitaremos una declaración de ingresos / gastos que muestre el año hasta la fecha.
7. Si está retirado o discapacitado y recibe beneficios del Seguro Social, necesitaremos una declaración bancaria que muestre el monto del depósito o una carta del Seguro Social con el monto del beneficio indicado.

Nuestra meta es ayudarlo con sus necesidades financieras con respecto a sus gastos médicos. Si tiene alguna pregunta sobre esta aplicación o la guía de prueba de ingresos, por favor comuníquese con nosotros.

Sinceramente,

JaNae Brown

Coordinadora de Colecciones / Crédito

620-343-6800, extensión 25114



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Devuelva la solicitud completa con comprobante de ingresos, etc. a:
Newman Regional Health
Attn: Coordinador de Colecciones & Crédito
1201 W. 12th Ave
Emporia, KS 66801

Nombre Completo del Paciente		Servicio Solicitado	
Fecha de Nacimiento del Paciente		*Número de Seguro Social del Paciente	
Nombre completo del Garante		Cónyuge	Numero de Teléfono
Dirección Actual	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección Anterior si tiene menos de dos años donde reside actualmente			
Nombre del Empleador		Nombre del Empleador del Cónyuge	
Número de Miembros en el Hogar		Edades de los Miembros en el Hogar	
Nombre del Pariente más cercano que no viva con usted			
Dirección	Parentesco	Numero de Teléfono	

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

Sueldos	_____	Pensión Conyugal	_____
Agricultura/Trabajo por cuenta propia	_____	Manutención de niños	_____
Asistencia Pública	_____	Pensiones	_____
Seguro Social	_____	Dividendos/Intereses/Renta	_____
Compensación del desempleo	_____	Otro	_____
INGRESO TOTAL	_____		_____

***INDIQUE ABAJO, EL TOTAL DE LOS BIENES FAMILIARES: \$** _____

Cuenta de Cheques	_____	Propiedades de Bienes Raíces	_____
Cuenta de Ahorro	_____	Propiedad de Automóvil	_____
Certificado de Deposito	_____	Acciones, Bonos y Valores	_____
Maquinaria Agrícola/Ganado	_____	Otro:	_____

INDIQUE ABAJO, EI TOTAL DE LAS OBLIGACIONES: \$ _____

Pago Mensual de Renta	_____	Pago Mensual de Tarjeta de Crédito	_____
Pago Mensual de Casa	_____	Compañías Financieras	_____
Pago Mensual de Automóvil	_____	Marca y Modelo de Automóviles	_____
Otro	_____		

CERTIFICO QUE LA INFORMACION PROPORCIONADA ES VERDADERA Y CORRECTA SEGÚN MI CONOCIMIENTO, Y DOY PERMISO PARA VERIFICAR LA INFORMACION DE ARRIBA.

Firma _____ Fecha _____

Aprobado: _____ Fecha _____ Negado: _____ Fecha _____

Comentarios: _____

* Artículos no necesarios para visitas a la sala de emergencia y atención primaria

NEWMAN REGIONAL HEALTH
SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE
ASISTENCIA FINANCIERA

DECLARACION DE PROPOSITO

Para brindar asistencia financiera para el cuidado de salud a pacientes que no pueden pagar y que no están cubiertos por un seguro médico, o que no son elegibles para los beneficios de la Fundación Jones u otros fondos de caridad

GUÍA PARA VERIFICAR INGRESOS Y BIENES

La elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera se determina midiendo los ingresos familiares utilizando la guía de pobreza de ingresos establecida por la administración de servicios comunitarios. Para verificar el ingreso anual, el solicitante deberá proporcionar lo siguiente:

1. Talones de Pago Actuales
2. Copia más reciente de su Declaración de Impuestos, incluyendo todos los horarios.
3. Cualquier forma aplicable aprobando o negando la compensación por desempleo o la compensación para trabajadores.
4. Verificación por escrito del salario del empleador si los talones de pago no están disponibles.
5. Verificación por escrito de las agencias de bienestar público.

GUÍA DE POBREZA DEL 2020

<u>Tamaño de la Familia</u>	<u>Ingreso Familiar</u>
1	\$12,760
2	17,240
3	21,720
4	26,200
5	30,680
6	35,160
7	39,640
8	44,120

- Para unidades familiares con más de 8 miembros, agregue \$ 4,480 por cada miembro adicional
- Estudiantes, independientemente de su residencia, que sean apoyados por sus padres u otros emparentados por nacimiento, matrimonio, o adopción se considera que residen con aquellos que los mantienen.
- Las aplicaciones deben completarse dentro de los 90 días de la fecha de servicio. La determinación de elegibilidad se hará dentro de los treinta días laborales y el solicitante recibirá una notificación por escrito de aceptación o de negación.
- Las solicitudes se pueden obtener del Coordinador de Colecciones / Crédito o del Supervisor en el Departamento de Cuentas del Paciente de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

DIRECTRICES MEDICAS PARA PERSONAS DE BAJO RECURSOS

Para facturas médicas que sean más del 50% de los ingresos brutos del hogar del solicitante. El solicitante debe proporcionar prueba de todos los gastos médicos pendientes.