

Complete la solicitud y adjunte una copia de la declaración impositiva federal del año anterior. Para poder acceder a la asistencia, debe devolver la solicitud dentro de los 10 días. Los consultorios del CRMC NO están incluidos en el proceso de beneficencia.

Para mantener una administración eficiente, el CRMC limita el programa de asistencia financiera a las personas que sean residentes de los 9 (nueve) condados en los que prestamos nuestros servicios: Callaway, Cole, Moniteau, Maries, Miller, Osage, Boone, Morgan y Gasconade.

N.º DE CUENTAS

NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	N.º DE TELÉFONO	ESTADO CIVIL S C D V	N.º SEG. SOC. DEL PACIENTE
---------------------	------	-----------------	-------------------------	----------------------------

GARANTE	EDAD	RELACIÓN CON EL PACIENTE	N.º SEG. SOC.
---------	------	--------------------------	---------------

NOMBRE DEL CÓNYUGE	EDAD	N.º DE TELÉFONO	N.º SEG. SOC.
--------------------	------	-----------------	---------------

DIRECCIÓN FÍSICA DEL SOLICITANTE	EMPLEADOR ANTERIOR	FECHA DE FIN DEL EMPLEO
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	USTED ES INQUILINO <input type="checkbox"/> PROPIETARIO <input type="checkbox"/>	

NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL GARANTE	N.º DE TELÉFONO	NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE	N.º DE TELÉFONO
DIRECCIÓN		DIRECCIÓN	
PUESTO/CARGO	ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO	PUESTO/CARGO	ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO
INGRESOS NETOS - Marcar una opción <input type="checkbox"/> Quincenal: USD <input type="checkbox"/> Mensual: USD		INGRESOS NETOS - Marcar una opción <input type="checkbox"/> Quincenal: USD <input type="checkbox"/> Mensual: USD	
INGRESOS:		INGRESOS:	
Salarios	Ingresos de la seg. soc.	Salarios	Ingresos de la seg. soc.
Pensión	Ingresos por alquiler	Pensión	Ingresos por alquiler
Pensión alimenticia/hijo	Otro	Pensión alimenticia/hijo	Otro

GASTOS MENSUALES:			
Vivienda	Teléfono	Seguro: salud	Servicios públicos
Comida	Ropa	Cuidado de los niños	Automóvil
Seguro: hogar	Seguro: automóvil	Combustible	Otro

INGRESOS MENSUALES COMBINADOS USD	GASTOS MENSUALES TOTALES USD	Cantidad de personas en el grupo familiar (informado en los impuestos sobre la renta)
--------------------------------------	---------------------------------	---

ACTIVOS:			
Saldo en cuenta corriente:	Acciones/bonos/fondos de pensión por un valor de:	Propiedad inmobiliaria n.º 1 valuada en:	Automóvil (marca/modelo/año):
Saldo en caja de ahorros:			
Otros (mercado monetario, CD, IRA) por un valor de:		Propiedad inmobiliaria n.º 2 valuada en:	

REFERENCIAS CREDITICIAS Y PAGOS MENSUALES:				
Nombre y dirección del acreedor	Línea de crédito	Saldo	Pago mensual	¿Al día?

PASOS SIGUIENTES

Tendremos en cuenta estos factores para determinar su elegibilidad:

A. Recursos financieros disponibles (toda la información sobre los pacientes y sus familiares se tratará de manera confidencial)

Disponibilidad de fondos, incluidos, por ejemplo, los siguientes:

- Ahorros
- Disponibilidad de crédito
- Ingresos de trabajo autónomo
- Asistencia pública
- Indemnización por huelga
- Compensación laboral
- Pensión
- Otras fuentes, como ingresos de dividendos, intereses o alquileres de propiedades
- Inversiones
- Otros miembros de la familia
- Pensión alimenticia
- Seguridad social
- Indemnización por desempleo
- Beneficios de veteranos de guerra
- Manutención de hijos

B. Otros activos, incluida la posibilidad de pedir préstamos garantizados por seguros o propiedades

C. Gastos excesivos (no voluntarios)

D. Cambios potenciales en la capacidad financiera en el futuro cercano

E. Tipo de atención (costos), como cirugía voluntaria frente a una verdadera emergencia

Todo beneficio de seguro debe asignarse al hospital antes de solicitar la asistencia financiera.

Esta solicitud solo es válida para los servicios prestados en Capital Region Hospital y Goldschmidt Cancer Center. Todos los consultorios médicos privados están EXCLUIDOS del proceso de solicitud de beneficencia.

Una vez que recibamos la documentación, analizaremos la solicitud de asistencia financiera total o parcial. Si no necesita asistencia financiera y, sin embargo, no puede saldar su factura en el plazo de **seis (6) meses**, consideraremos esta solicitud para nuestro **programa de pago extendido**.

Si obtiene la aprobación, su solicitud será **válida durante 6 meses** para **consultas necesarias o urgentes por motivos médicos** y, durante ese período, consideraremos otras consultas en el CRMC en virtud de este acuerdo. Si en la actualidad está en un plan de pago mensual, evaluaremos las visitas adicionales para asegurarnos de que los pagos sean adecuados para el acuerdo.

Un representante de Cuentas del paciente le informará por escrito acerca de la aprobación de esta solicitud. Toda su información se mantendrá en privado conforme a las estrictas pautas de protección del Capital Region Medical Center.

A continuación se presenta la tabla del 200 % de las pautas de pobreza federales (*Federal Poverty Guidelines*), que se utiliza junto con los activos, ingresos y gastos al evaluar los criterios de asistencia financiera.

Escala móvil para atención de beneficencia 2017		
% de nivel de pobreza federal	100 %	100 %
TAMAÑO DE LA FAMILIA 1	USD 12 060	USD 24 120
2	USD 16 240	USD 32 480
3	USD 20 420	USD 40 840
4	USD 24 600	USD 49 200
5	USD 28 780	USD 57 560
6	USD 32 960	USD 65 920
7	USD 37 140	USD 74 280
8	USD 41 320	USD 82 640

Por cada persona adicional, agregar: USD 4180

Firma del paciente
Fecha

Fecha

Firma

del

garante

Quien suscribe declara que todas las afirmaciones realizadas en este formulario son verdaderas y se realizan con el propósito de obtener crédito. La verificación se puede obtener de cualquier fuente nombrada en este formulario. Quien suscribe acepta permitir que el Capital Region Medical Center se comuniquen con cualquiera de las personas mencionadas en este documento para realizar la verificación de crédito.

2,404,007 (3/11) SOLICITUD DE INFORMACIÓN FINANCIERA