



Estimado paciente,

Jackson Hospital & Clinic tiene un Programa de Asistencia Financiera para ayudar a los pacientes elegibles con los saldos de sus cuentas. Adjunto nuestra solicitud de Asistencia Financiera para su revisión. Si desea ser considerado para asistencia, parrendamiento completo y devolución con la documentación solicitada. (El comprobante de ingresos incluye todos los ingresos del hogar)

Los pacientes tienen seis (6) meses a partir de la fecha de servicio para solicitar asistencia. Las cuentas que están en cobro no serán consideradas, las cuentas que tienen un plan compartido (ejemplos: Jericho Share, Christian Care Ministries) donde el paciente es pagado directamente no serán consideradas.

Las solicitudes deben incluir prueba de ingresos y gastos para ser consideradas para la asistencia.

Por favor devuelva su información a la oficina de Asistencia Financiera en Acceso al Paciente o puede enviarla por correo a la atención de Asistencia Financiera, Jackson Hospital & Clinic, 1725 Pine Street, Montgomery, AL 36106

Por favor, llámeme al (334) 293-6970 si tiene alguna pregunta.

Faye Singleton

Coordinador de Asistencia Financiera