



La fecha: _____
 La fecha de
 vencimiento: _____

El nombre del/
 de la paciente: _____

Los Número(s) de
 cuenta de hospital: _____

El nombre
 de garante: _____

Fecha(s)
 de servicio: _____

Número de
 cuenta de MMG: _____

Adjunta está la solicitud de asistencia financiera de Comanche County Memorial Hospital. La compleción de esta solicitud nos permite presentar su(s) cuenta(s) para consideración de asistencia financiera para su factura de Comanche County Memorial Hospital y / o Memorial Medical Group.

Entendemos su deseo de privacidad. En consecuencia, excepto para fines de verificación, la información incluida en su solicitud se trata como información confidencial. Solo se comparte dentro de Comanche County Memorial Hospital cuando sea necesario.

Complete todos los elementos de la solicitud. Si necesita espacio adicional para cualquier explicación, utilice la parte posterior de la aplicación.

Es extremadamente importante que complete esta solicitud al recibirla y la envíe con todos los documentos de respaldo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de esta carta. Si tiene dificultades para completar esta solicitud o hay un área que no está clara, no dude en comunicarse con el Acceso para Pacientes de Comanche County Memorial Hospital al (580) 699-7361.

Apreciamos tu cooperación.

Devuelva la solicitud completa a:
 Comanche County Memorial Hospital – Patient Access
 P.O. Box 129
 Lawton, OK 73502



Solicitud de asistencia financiera

Sección I. Información general

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Fecha de nacimiento	Número de seguridad social	
Garante (si el paciente es menor de 18 años)		Fecha de nacimiento	Número de seguridad social	
Dirrección	Ciudad	Estado/ Código postal	Condado	Número de teléfono
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		Ciudadano(a) de los Estados Unidos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Otro(a)		Pasaporte		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es el/la paciente el garante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Visa de viaje		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de dependientes reclamados en impuestos, incluye paciente: _____		¿Está empleado(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		Si responde "no", indique la última fecha de empleo: _____		
Dependientes legales según lo declarado en sus impuestos:				¿Viven los dependientes en su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Esposo(a): _____	Edad: _____	SSN: _____ - _____ - _____		
Niño(a): _____	Edad: _____	SSN: _____ - _____ - _____		
Niño(a): _____	Edad: _____	SSN: _____ - _____ - _____		
Niño(a): _____	Edad: _____	SSN: _____ - _____ - _____		

Sección II. Cobertura del seguro

1. ¿Tiene seguro / cobertura del seguro "Cobra"?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
1a. Nombre de la compañía de seguros: _____		
1b. Póliza de seguro / número de miembro: _____		
2. ¿Usted o un miembro de su familia han solicitado Medicaid en los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2a. ¿Cuándo presentó su solicitud? _____		
2b. Nombre del solicitante. _____		
<input type="checkbox"/> Pendiente, nombre del asistente social: _____		
<input type="checkbox"/> Aprobado. Medicaid #: _____		
<input type="checkbox"/> Denegado. (Debe proporcionar una copia de la carta de denegación de Medicaid).		
3. ¿Ha solicitado el Seguro Social por Discapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3a. ¿Cuándo presentó su solicitud? _____		
4. ¿Está recibiendo una discapacidad a corto o largo plazo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Es su tratamiento el resultado de un accidente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<small>Si la respuesta es no, pase a la sección III. (En caso afirmativo, responda las preguntas a continuación). En caso afirmativo, la solicitud no se procesa hasta que se haya resuelto la responsabilidad (obtenga copias de los detalles del accidente).</small>		
6. ¿Ha presentado la cobertura de automovilista con seguro insuficiente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Ha presentado una cobertura de automovilista sin seguro?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. ¿Ha presentado un seguro de protección contra lesiones personales (PIP)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Ha presentado una indemnización por accidentes de trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Está representado por un abogado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<small>Si la respuesta es no, pase a la sección III. (En caso afirmativo, proporcione la siguiente información)</small>		
10 a. Nombre del abogado: _____	Número de abogado: _____	

Sección III. Ingresos / Activos / Gastos

Ingresos / Activos (Mensual)	Paciente (Mensual)	Espos(a) (Mensual)	Gastos (Mensual)	Otros (Mensual)
Salarios (debe proporcionar los últimos 3 recibos de pago):	\$ _____	\$ _____	Alquiler / Hipotecat	\$ _____
Seguro Social	\$ _____	\$ _____	Seguro de hogar	\$ _____
Desempleo	\$ _____	\$ _____	Utilidades	\$ _____
Cupones para alimentos	\$ _____	\$ _____	Cable / Internet	\$ _____
Asistencia de vivienda	\$ _____	\$ _____	Teléfono	\$ _____
Compensación para trabajadores	\$ _____	\$ _____	Seguro médico	\$ _____
Manutención de menores	\$ _____	\$ _____	Cuidado de niños	\$ _____
Pensión alimenticia	\$ _____	\$ _____	Tarjetas de crédito	\$ _____
Asignación militar	\$ _____	\$ _____	Préstamos	\$ _____
Pensiones*	\$ _____	\$ _____	Alimentos	\$ _____
Propiedad de alquiler*	\$ _____	\$ _____	Recetas	\$ _____
Ingresos de* (certificado de depósito, acciones, inversiones, fondos de jubilación, etc.)	\$ _____	\$ _____	Otro	\$ _____
*Debe proporcionar documentos de respaldo. Carta de adjudicación, órdenes judiciales, etc.)			Gastos mensuales totales: _____	
Ingreso mensual total: \$ _____				

11. ¿Tiene usted su esposo(a) una cuenta corriente? Sí No Saldo de la cuenta corriente: \$ _____
*Si la respuesta es no, proporcione una carta notariada.
 En caso afirmativo, proporcione el extracto bancario detallado de los últimos 3 meses.*

12. ¿Tiene usted o su esposo(a) una cuenta de ahorros? Sí No Saldo de la cuenta de ahorros: \$ _____
*Si la respuesta es no, proporcione una carta notariada.
 En caso afirmativo, proporcione el extracto bancario detallado de los últimos 3 meses.*

13. ¿Tiene un negocio? Sí No Valor del negocio: \$ _____
*En caso negativo, pase a la sección IV.
 En caso afirmativo, debe presentar una copia de su declaración de impuestos personal y comercial del año fiscal más reciente. Incluya copias de horario C y/o K)*

Sección IV. Vivienda / Bienes Raíces / Otra Información de Propiedad

14. ¿Es dueño de su casa? Sí No Pago de hipoteca mensual: \$ _____

15. ¿Alquila su casa? Sí No Pago de alquiler mensual: \$ _____

16. ¿Vives en la casa de otra persona? Sí No

16a. Nombre y parentesco de la persona con quién vive. _____

17. ¿Posee alguno de los siguientes (marque todo lo que corresponda):

Alquiler Renta de propiedad Terreno vehículos recreativos

Dirección de propiedad de alquiler / renta y / o terreno: _____

18. ¿Alguien en la casa es dueño de un vehículo? Sí No

En caso negativo, proporcione una carta notariada que indique qué método de transporte recibe. (En caso afirmativo, proporcione la siguiente información).

18a. Año / Marca / Modelo de vehículo(s): _____ Kilometraje de vehículo(s): _____



Sección V. Lista de verificación

¿Se acordó de incluir copias de lo siguiente?

- Copia completa de la declaración de impuestos federales o carta de no presentación del IRS. (Incluya formularios W-2)
- Últimos 3 recibos de pago para todas las personas mayores de 18 años en el hogar o una carta notariada que indique que está desempleado
- Carta de adjudicación de seguro social
- Carta de concesión o denegación de Medicaid
- Otorgar cartas por cualquier ayuda recibida. (Cupones de alimentos, asistencia para la vivienda, servicios telefónicos Lifeline, etc.)
- Últimos 3 extractos bancarios o carta notariada que indique que no posee una cuenta. (Deben ser extractos bancarios detallados. No se aceptan declaraciones resumidas.)

*** Envíe solo copias. NO SE DEVOLVERÁN LOS ORIGINALES. ***

Certifico que las respuestas escritas arriba y cualquier información adicional y / o ingresos que he enumerado son verdaderas a mi leal saber y entender. Entiendo que Comanche County Memorial Hospital puede verificar la información financiera contenida en esta solicitud y por la presente autorizo al hospital a comunicarse con mi empleador para certificar la información y solicitar informes de agencias de informes crediticios. Doy mi número de Seguro Social voluntariamente y tengo permiso para proporcionar los números de Seguro Social de otros dependientes elegibles enumerados anteriormente. Entiendo que Comanche County Memorial Hospital puede usar mis números de Seguro Social con el propósito de identificación precisa, presentación de reclamos de seguros, facturación, cobros en cumplimiento de las leyes federales y estatales. Soy consciente de que cualquier falsificación de información en esto puede resultar en la denegación o posible revocación de la Asistencia de Caridad. *Esta solicitud debe completarse y todos los documentos de respaldo deben devolverse para poder procesarla. Si no es así, puede devolverse al paciente para que lo complete o denegar automáticamente.*

FIRMA DE PACIENTE O GARANTE

FECHA

FIRMA DE ESPOSO(A) O CO-SOLICITANTE

FECHA



Describe por qué necesita ayuda financiera:

¿Existen circunstancias especiales con respecto a sus ingresos o arreglos de vivienda?

¿Alguien más proporciona fondos para su apoyo? Si es así, pídales que describan y firmen:

Firmar _____

Reconozco que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta y está sujeta a verificación antes de otorgar cualquier asistencia.

Firmar _____

Fecha _____