

Asistencia de Beneficio Público

Puede ser elegible para MEDICAID u otros beneficios estatales o federales que pagarían parte o la totalidad de su factura del hospital.

Hemos enlistado a Midland Group para explorar qué beneficios pueden estar disponibles para usted. Midland Group se dedica a ayudar a pacientes elegibles sin seguro a obtener un seguro de salud a través de beneficios públicos.

Un representante de Midland Group se comunicará con usted por teléfono o correo electrónico mientras esté en el hospital o después del alta para determinar si pueden ayudarlo a hacer una solicitud de beneficios. Para determinar su elegibilidad, el personal de Midland Group necesitará su ayuda para recopilar información básica.

Si Midland Group acepta su caso, seguirá su caso hasta que su solicitud de Medicaid haya sido aprobada o denegada. Todo esto se hará sin cargo para usted.

El paciente autorizó al Hospital a divulgar información general del paciente a Midland Group para contactar al paciente y explorar la elegibilidad de beneficios públicos.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente: _____ (por favor nombre impreso)



Cambios en la Aplicación para Asistencia Financiera

Efectivo a partir de Enero 1, 2015, Hemos implementado los siguientes cambios a nuestra Políza::

- Los pacientes que deseen solicitar asistencia financiera son responsables de iniciar el proceso buscando y completando el "Estado Financiero Personal Para Asistencia Financiera" dentro de los 120 días posteriores al primer estado de cuenta recibido con el monto adeudado por el paciente .
- El proceso para la aplicacion incluye completar una "Declaración financiera personal para asistencia financiera" y proporcionar documentos de verificación. La información verificable puede incluir,pero no se limita a, lo siguiente:
 - Ingresos individuales o familiars (declaracion de impuestos sobre la renta con copias, declaracion de ingresos: formularios W-2, formularios 1099,etc. de los ultimos 2 anos.
 - Copias de los últimos 90 días de talones de nómina, cheques del Seguro Social o cheques de desempleo.
 - Copias de los últimos 60 días de los estados de cuenta del banco.
 - Declaraciones actuales de fondos fiduciaries.
 - Declaración de hipotecas.
 - Impuestos anuales a la propiedad.
 - En ausencia de ingresos, una carta de apoyo de individuo que al paciente las necesidades básicas de vida.
 - Declaración de impuestos del Condado.
 - Documentación de la situación laboral.
 - Número de personas que conforman la familia
 - Reporte de historial crediticio.
 - Carta de rechazo de Medicaid (todos los miembros de la familia deben solicitar Medicaid; los niños deben solicitarla individualmente)
 - Devoluciones anteriores o actuales de agencia de cobro con documentación sobre la incapacidad para hacer el pago.

Si tiene alguna pregunta sobre la Politica de asistencia Financiera, no dude en comunicarse con su Asesor Financiero, Marla Ross al (785) 332-2104.

Estado Financiero Personal Para Asistencia Financiera

Nombre del Paciente	Edad	# Telefono	
---------------------	------	------------	--

Fecha de Admision:	# Cuenta /Balance:	/ \$; #Cuenta / Balance:	/ \$
Por Favor Devuelva :	# Cuenta /Balance:	/ \$; # Cuenta / Balance:	/ \$
Fecha de Regreso :	# Cuenta /Balance:	/ \$; # Cuenta / Balance:	/ \$

Paciente	Persona responsable del pago (No Paciente)	Relación
Calle:	Nombre:	
	Calle:	
Ciudad, Estado, Código Postal	Ciudad, Estado, Código Postal	
Telefono: () Cell: ()	Telefono: () Cell: ()	

EMPLEO

Empleador del Paciente:	Garante, Nombre del Empleador:
Ocupación:	Ocupacion:
Desempleado, :Nombre del ultimo Empleador.	Si está desempleado, Nombre del ultimo Empleador:
Cuanto tiempo tiene desempleado?	Cuanto tiempo tiene desempleado?

LISTA DE LOS MIEMBROS DE FAMILIA EMPEZANDO CON EL PACIENTE

Nombre	Edad	Relacion con el Paciente

Tiene cobertura de seguro disponible? Si _____ No _____

En caso afirmativo, ¿por qué no está disponible para esta fecha de servicio?

En caso negativo, indique el motivo de la falta de cobertura de seguro. El costo de la aseguranza es muy alto?

Si _____ No _____

Condicion Preexistente? Si _____ No _____, Otro, por favor describa _____

Ha aplicado para Medicaid? Si _____ No _____

Fecha de aplicación _____

Si fue negado, fecha: _____ Motivo de negación _____

Si fue negado, Por favor adjunte una copia de rechazo de

Medicaid
