

SOLICITUD DE ATENCION NO COMPENSADA

El sistema de salud de Beloit tiene como una norma proporcionar una cierta cantidad de sus servicios gratuitamente o con cargos reducidos, a personas aceptables que no puedan permitirse pagar por la atención.

Para hacer su solicitud para este programa, tenga la bondad de llenar el formulario que aparece al dorso. Devuelva dicho formulario lleno y pruebas de ingresos mensuales del hogar para los tres (3) y los doce (12) últimos meses. Algunos ejemplos de pruebas de ingresos podrían ser los siguientes: talones de pagos, declaraciones de ingresos o una carta de su patrón que indique sus ingresos mensuales, declaraciones de ingresos de AFDC, declaraciones de desempleo, beneficios del Seguro Social o de Compensaciones para los trabajadores. En otras palabras, deberá proporcionar cualquier cosa que confirme lo que haya indicado en este formulario.

Además, este programa requiere una solicitud inicial a su oficina local de servicios sociales para pedir cualquier tipo de asistencia estatal o del condado que pueda encontrarse a su disposición. Si no es aceptable para sus programas, obtenga por favor su rechazo por escrito.

Después de que haya obtenido la información requerida o si tiene preguntas que desee hacer, tenga la bondad de ponerse en contacto con su asesor de crédito, que se indica en lo que sigue, para obtener una cita con el fin de llevar a cabo su solicitud.

Ami Menke A -K 364-5584

Jennifer Gonfiantini L -Z 364-5585

O llame a nuestro numero de teléfono sin cargos: 1-800-846-1150 y pregunte por su asesor de crédito.

El hospital llevará a cabo una determinación por escrito de su solicitud dentro de siete (7) días hábiles de la recepción de su solicitud llena.

Gracias,

Deborah JB Gustafson

Coordinadora, Departamento de las Cuentas de Pacientes

EL SISTEMA DE SALUD DE BELOIT

FECHA: _____

LISTA DE VERIFICACION DE SOLICITUD DE ATENCION NO COMPENSADA

SOLICITANTE: _____

CUENTA/S: _____

Tenga la bondad de proporcionar la información que sigue para que se le pueda tomar en consideración para el programa de atención no compensada del Beloit Memorial Hospital.

PRUEBA DE INGRESOS NETOS MENSUALES DEL HOGAR, DESDE ____ HASTA LA FECHA, EN CONCEPTO DE:

___ Talones de pago de sueldos o salarios, declaraciones de impuestos, declaraciones del patrono.

___ Ingresos por incapacidad, pagos por enfermedad, o Seguro Social.

___ Ingresos de desempleo, conciliaciones, o pensiones.

___ AFDC, IPA. ingresos de asistencia pública o sostenimiento de menor.

___ Estampillas de comida o beneficios de asistencia de calefacción, ayuda para la vivienda.

___ Préstamo como estudiante *o/e* ingresos por concesiones.

___ Rentas, ingresos de sostenimiento propio o de terceros.

OTROS: _____

RECHAZO DE SERVICIOS SOCIALES:

ROCK COUNTY HUMAN SERVICES: 741-3400

ILLINOIS PUBLIC A10: 815-987-7620 _____

___ (¿Cuándo comienzan los beneficios de WMA, IPA o asistencia pública? ¿Que miembros de la familia son aceptables y cuales son las fechas de aceptabilidad?)

___ Rechazo de asistencia pública, WMA o IPA (incluyendo los programas de Healthy Start, Spend Down, Medically Needy y Badger Care).

___ Otros:

DECLARACION DEL PATRONO:

___ Fecha de comienzo del seguro médico y que miembros de la familia son aceptables para recibir beneficios.

___ No hay beneficios de seguro médico adquiridos *o/y* disponibles para el empleado.

___ Las reclamaciones no son aceptables para los beneficios de responsabilidad o compensaciones para los trabajadores.

____ Fechas *o/y* cantidades de beneficios de incapacidad *o/y* enfermedad o declaración en el sentido de que esos beneficios no están disponibles.

Otros: _____

Tenga la bondad de llenar el Cuestionario financiero y los formularios de atención no compensada que se adjuntan. Si tiene preguntas al respecto podrá ponerse en contacto con el asesor de crédito indicado a continuación. **PONGASE SIEMPRE EN CONTACTO CON SU ASESOR DE CREDITO (CREDIT CONSULTANT) PARA ESTABLECER UNA CITA** para la obtención de cualquier información. Gracias.

4. TAMANO DE FAMILIA _____ (Todas las personas que viven en mismo hogar)

NOMBRE

PARENTESCO

EDAD

Afirmo que la información dada es verdadera y correcta hasta donde me consta.

Fecha

Firma de la persona que hace la petición

CUESTIONARIO FINANCIERO

Nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Esposo/pareja: _____

Cuentas: _____

INGRESOS:

Patrono actual: _____ Dirección: _____

Posición/cargo: _____ Duración de empleo: _____

Salario por hora: _____ Pago mensual que lleve a casa: _____

Patrono del esposo/pareja: _____ Dirección: _____

Salario por hora: _____ Pago mensual que lleve a casa: _____

Otras fuentes del ingreso: _____

Pago mensual que lleve a casa: _____

Ingreso mensual neto: _____

ACTIVOS:

Cuenta de ahorros:

Nombre del banco o unión de crédito _____ Saldo de cuenta: _____

Cuenta de cheques:

Nombre del banco o unión de crédito _____ Saldo de cuenta: _____

Bonos/CD: _____ Otras: _____

GASTOS:

CONCEPTO	NOMBRE	ARRENDADOR/BANCO	PAGO MENSUAL	CANTIDAD TOTAL DEBIDA
Vivienda/renta o compra				
Servicios de utilidad pública				
Gas, combustible, aceite, etc.				
Alcantarillado				
Teléfono				
Alimentos				
Transportes				
Gastos escolares				

Guarderia infantil				
Préstamo de vehículo				
Segundo préstamo de vehículo				
Muebles				
Seguro de vida				
Seguro médico				
Seguro del automóvil				
Seguro de vivienda				
Medicaciones/farmacia				
Doctores/clínicas				
Hospitales				
Cuenta de cargos				
Cable				
Diarios y periódicos				
Préstamos diversos				
TOTAL				

**Tenga la bondad de llenar y devolver este formulario y prueba de ingresos de su hogar de los últimos dos meses, no más tarde que el _____. Al hacer esto puede mantener su cuenta al corriente.

Esta información la mantendrán en la confidencia más estricta el Beloit Memorial Hospital y sus empleados, y se podrá utilizar para determinar la aceptabilidad para términos de crédito extendidos.

Autorizo por este conducto al Beloit Memorial Hospital a que verifique la información que antecede con cualquier persona, organización o compañía que sea necesario.

Firma de la persona responsable

Fecha

