



De mi consideración:

Para que se le pueda considerar como candidato para el programa de atención gratuita o de bajo costo Charity Care de Northern Regional Hospital, es importante que complete toda la información solicitada en el formulario y que firme donde se indica. Las solicitudes incompletas retrasarán el proceso de postulación, por lo tanto, asegúrese de proporcionar toda la información solicitada y de que ésta sea correcta.

La política de atención gratuita o de bajo costo de Northern Regional Hospital NO CUBRE los siguientes servicios: Servicios de trabajo de parto y parto, terapia para pacientes ambulatorios, servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios, estudios de laboratorio enviados a Northern Regional Hospital desde un consultorio médico de Northern Regional Hospital, manejo del dolor, adelgazamiento, colonoscopia de exploración, circuncisiones o servicios electivos.

El administrador del consultorio, en colaboración con el proveedor, evaluará los servicios de quirófano/cirugía ambulatoria caso a caso para determinar si son urgentes. Solo se considerarán los procedimientos urgentes para el programa de atención gratuita o de bajo costo.

Todas las hospitalizaciones y visitas a la sala de emergencia son elegibles para la el programa de atención gratuita o de bajo costo. Cualquier otro servicio será evaluado caso a caso.

Requisitos:

- El paciente debe residir en la zona de servicio principal, tal y como se estipula en la política.
- El paciente no debe estar asegurado o debe estar cubierto por Medicare, Medicare Advantage, Medicaid o Medicaid Advantage
- Los ingresos del hogar deben situarse por debajo del 200% del Índice Federal de Pobreza
- El paciente debe haber sido evaluado para los beneficios de Medicaid u otra cobertura (MedData puede hacer la evaluación para Medicaid)
- Se debe encontrar dentro de los límites de ingresos estipulados en la política.
- El paciente debe entregar toda la documentación solicitada junto con la solicitud completada y firmada.

Prueba de los ingresos del hogar actuales de todos los miembros del grupo familiar:

- Si está trabajando, comprobantes de pago de sueldos correspondientes a tres meses.
- Si no tiene una fuente de ingreso, deberá obtener una Carta de apoyo completada por la persona que paga sus cuentas junto con copias de las cuentas mensuales que pagan.
- Si cuenta con ingresos de jubilación/pensión, un estado de cuenta del año en curso.
- Si tiene ingresos de Seguro Social o Beneficios por Discapacidad del Seguro Social – Se requiere una copia de su carta o copias de estados de cuenta del año en curso que muestren el importe depositado.
- Si recibe beneficios de la Administración de Veteranos, indemnización por accidente de trabajo o de discapacidad a corto plazo, se requiere un comprobante de lo que recibe durante el año en curso.
- Si está desempleado, se requiere un comprobante de los beneficios de desempleo de la Comisión de Seguridad Laboral.
- Una copia de la declaración de renta federal más reciente.
- Si recibe una pensión alimenticia o manutención, una copia del acuerdo legal.
- Si recibe cupones de alimento, se requiere una copia de la carta de aprobación con el monto aprobado.

ENTREGUE LA SOLICITUD COMPLETADA Y LA DOCUMENTACIÓN AL SIGUIENTE:

Northern Regional Hospital
830 Rockford Street
Mt. Airy, NC 27030

Si tiene cualquier pregunta, llame a nuestro Servicio de Atención al Cliente al 336-719-7459.



Ubicación: Hospital
 Consultorio médico:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ SS#: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Está el paciente cubierto por un seguro médico? S o N ____ Si respondió Sí, ¿qué seguro? _____
¿El paciente ha sido evaluado por MedData? S o N ____ Si respondió No, enviar a MedData
¿Por qué el paciente no cumplió los criterios de MCD? _____

¿Solicitó el paciente los beneficios de Medicaid? S o N ____ Si respondió Sí, ¿cuándo? _____
¿En qué condado? _____
¿Quién fue el asistente social? _____ ¿Medicaid fue aprobado, denegado o está pendiente? _____
Si solicitó los beneficios de Medicaid, deberá entregar un comprobante de la aprobación o denegación.

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE: ¿La parte responsable tiene cuentas que deberían ser consideradas? Sí No

Nombre de la parte responsable: _____ Parentesco/relación con el paciente: _____ No. de teléfono: _____
() -

Dirección: _____ ¿Cuánto tiempo hace que vive en esta dirección?

No. de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: ____ Soltero/a ____ Casado/a ____ Viudo/a
____ Divorciado/a ____ Separado/a

Nombre del empleador: _____ ¿Cuánto tiempo ha trabajado aquí? _____
Teléfono del empleador: _____ ¿A tiempo completo o tiempo parcial? _____ ?
¿Cuántas horas por semana? _____

Ingreso total (todas las fuentes de ingresos, incluido el seguro social/jubilación) Otras fuentes de ingresos:
Por año :\$ _____ o por mes \$ _____ Pensión alimenticia/manutención por mes \$ _____
o salario por hora \$ _____ @ _____ horas por semana Cupones de alimento por mes \$ _____

SE REQUIERE COMPROBANTE DE INGRESOS - Copia del formulario W-2, declaración tributaria más reciente, seguro social,

INFORMACIÓN DE LA 2da PARTE RESPONSABLE (CÓNYUGE):

¿La parte responsable tiene cuentas que deberían ser consideradas? Sí No

Nombre de la parte responsable: _____ Parentesco/relación con el paciente: _____
No. De teléfono: _____ () -

Dirección: _____
¿Cuánto tiempo hace que vive en esta dirección?

No. de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____
Estado civil: ____ Soltero/a ____ Casado/a ____ Viudo/a ____ Divorciado/a ____ Separado/a

Nombre del empleador: _____ ¿Cuánto tiempo ha trabajado aquí? _____
Teléfono del empleador: _____ ¿A tiempo completo o tiempo parcial? _____ ¿Cuántas horas por semana? _____

Ingreso total (todas las fuentes de ingresos, incluido el seguro social/jubilación) Otras fuentes de ingresos:
Por año :\$ _____ o por mes \$ _____ Pensión alimenticia/manutención por mes \$ _____
o salario por hora \$ _____ @ _____ horas por semana Cupones de alimento por mes \$ _____

SE REQUIERE COMPROBANTE DE INGRESOS - Copia del formulario W-2, declaración tributaria más reciente, seguro social, manutención/pensión alimenticia y cupones de alimento

Miembros del grupo familiar - Indique todas las personas que viven en la casa.

Si un miembro de la familia está empleado, también deberá enviar un comprobante de sus ingresos.

Comprobantes de ingresos aceptables: Copia del formulario W-2, declaración tributaria más reciente, seguro social, manutención/pensión alimenticia y cupones de alimento

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Parentesco/relación con el paciente:	¿Trabaja ? S/N	Ingreso anual:	¿Tiene cuentas que deberían ser consideradas? S/N

Bienes (Debe presentar copias de estados de cuenta bancaria)	
Saldo de cuenta de ahorros	\$
Saldo de cuenta corriente	\$
Inversiones	\$
Otro:	\$
ACTIVOS TOTALES	\$

Cuentas mensuales (Debe presentar copias de las cuentas)	Pago mensual
Préstamo para vivienda/alquiler	\$
Seguro de propietarios de viviendas	\$
Cuenta de electricidad/gas	\$
Cuenta de agua	\$
Préstamo(s) de auto	\$
Seguro de auto	\$
Cuenta de teléfono residencial/celular	\$
Cuenta de cable/satélite	\$
Cuentas médicas	\$
Farmacia	\$
Otro:	\$
PAGOS MENSALES TOTALES	\$

Declaro que, a mi mejor saber y entender, la información anterior es correcta. Autorizo a que mi empleador o las partes en posesión de esta información entreguen dicha información con el fin de evaluar la asistencia para pagar mis cuentas médicas y verificar mis ingresos, gastos y activos. Entiendo que soy responsable de realizar pagos mensuales hasta que se apruebe mi solicitud.

Firma del paciente/aval	Fecha
--------------------------------	-------

Envíe el formulario completado a: Northern Regional Hospital, Attn: Servicio al cliente
830 Rockford Street Mt. Airy,
NC 27030 Tel. 336-719-7458

NO SE OLVIDE de enviar un comprobante de ingresos, copias de estados de cuentas bancarias y copias de las cuentas mensuales. Las solicitudes no serán procesadas sin la documentación adecuada.

Comprobantes de ingresos aceptables: Formulario W-2, declaración tributaria más reciente, seguro social o verificación de discapacidad, ingreso de jubilación, pensión alimenticia, manutención/pensión, asistencia para la educación y cupones de alimento SI no tiene ingresos, envíe la carta por medio de la persona que paga sus gastos.



Si no tiene ingresos, pídale a un familiar o a un amigo que la llene. Si el familiar vive en el mismo domicilio que usted, se requiere un comprobante de sus ingresos y copias de sus cuentas mensuales.

Yo, _____, presto la siguiente ayuda a

(Nombre del paciente) _____

- | (Marque todas las que correspondan) | \$ Importe/mes |
|--|----------------|
| <input type="radio"/> Vivienda/alquiler/hipoteca | \$ _____ |
| <input type="radio"/> Comida | \$ _____ |
| <input type="radio"/> Servicios públicos (Electricidad/agua) | \$ _____ |
| <input type="radio"/> Vehículo | \$ _____ |
| <input type="radio"/> Ropa/artículos de tocador | \$ _____ |
| <input type="radio"/> Combustible | \$ _____ |
| <input type="radio"/> Efectivo | \$ _____ |
| <input type="radio"/> Otro: _____ | |

Comentarios adicionales:

Si tiene cualquier pregunta, comuníquese conmigo:

Dirección: _____ Teléfono# _____

Parentesco/relación con el paciente:

Firma del familiar/amigo _____ Fecha _____