

Wagner Community Memorial Hospital Avera Wagner Community Clinic Avera

Solicitud de asistencia financiera e información financiera del paciente

Este formulario es para proporcionar información para ayudarlo a satisfacer su obligación financiera con Wagner Community Memorial Hospital Avera y / o Wagner Community Clinic Avera.

Nombre del solicitante _____

Estado civil: S M D W Sep Otro

cónyuge Seguro Social # _____(opcional) Solicitante Seguro Social # _____(opcional)

Fecha de nacimiento del solicitante _____

Dirección actual _____ Ciudad _____ State _____ Zip _____

Empleador solicitante _____ Otro empleador _____ Posición _____

Años empleados _____ Posición _____

Por favor, enumere los dependientes: (adjunte una hoja separada si es necesario)

Nombre	Relación	Edad	Nombre	Relación	Edad
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Ingreso familiar mensual	Cónyuge	solicitante
Empleo (salario bruto/neto)	\$ _____	\$ _____
Seguro Social/Discapacidad	\$ _____	\$ _____
Jubilación/Pensión de Veteranos (todas las fuentes)	\$ _____	\$ _____
Compensación por desempleo	\$ _____	\$ _____
ADC/WIC/Cupones de alimentos	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia/manutención de los hijos	\$ _____	\$ _____
Ingresos por Inversiones/Intereses	\$ _____	\$ _____
Otros (List _____)	\$ _____	\$ _____
Ingreso mensual total	\$ _____	\$ _____
Ingreso Mensual Neto	\$ _____	\$ _____
Ingreso total últimos 12 meses	\$ _____	\$ _____

¿Ha solicitado cobertura de Medicaid? Sí ____ No ____ Si no, ¿por qué?__ (opcional para aquellos <200% de FPG)

¿Eres estudiante actualmente? Sí ____ No

Si usted es menor de 26 años, ¿el empleador de sus padres le ofrece cobertura de atención médica? Sí ____ No ____

¿Le ofrecieron seguro de salud de su empleador? Yes ____ No ____

¿Su empleador le negó el seguro de salud? Yes ____ No ____

¿Es elegible para los beneficios de COBRA? Yes ____ No ____

Si tiene alguna pregunta sobre la asistencia financiera o la información requerida en esta solicitud, comuníquese con la Oficina de Negocios de Wagner Com Mem Hospital Avera (WCMHA). Devuelva su solicitud completa, junto con la documentación de respaldo, a la Oficina de Negocios del Hospital Wagner Com Mem Avera (WCMHA).

Documentación de apoyo, proporcione la más reciente*:

- W-2(s)
- Declaración de impuestos (federal, estatal si corresponde)
- Talón(es)
- de pago Extracto(s) bancario(s)

*La Oficina de Negocios puede solicitar información adicional si es necesario.

Por la presente reconozco que la información proporcionada a WCMH-A/WCC-A es verdadera y correcta. Autorizo a WCMH-A/WCC-A a verificar cualquier información proporcionada por mí. Proporcionaré documentación de esta información a pedido.

Firma del solicitante: _____ Fecha _____

Cónyuge/otra firma significativa: _____ Fecha: _____

Solo para uso interno:

Número(s) de cuenta: _____

Total adeudado al hospital \$ _____ Total adeudado a la clínica

Total general \$ _____ Descuento % _____

Aprobado _____ Negado _____

Firma del secretario de cobro: _____

O

CEO o gerente de oficina de autobuses Firma: _____