Financiero Asistencia Solicitud

Pago de Descuento y Asistencia Médica Caritativa para Pacientes Calificados

Instrucciones de la Solicitud
Necesita completar la solicitud adjunta durante el tiempo de admission o tan pronto como sea posible después de la admisión.

Utilice la siguiente lista de documentos requeridos para asegurar que los requisitos necesarios o información necesaria sean entregados para poder considerar su solicitud para asistencia finaciera
Lista de Documentos Requeridos

- ☐ Cualquier solicitud tiene que estar completa, Medicare, Medi-cal, u otra solicitud de terceros.
- ☐ Comprobante del año pasado del Departamento de Servicios de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en ingles) tal y como fueron declarados al IRS.
- ☐ Talones de cheques recientes; talons del Desempleo o Incapacidad (2 Meses)
- ☐ Si usted no recibe ingresos salariales, o comprobantes de ingresos, por favor
- ☐ Verificación de Empleo

Las solicitudes recibidas sin prueba de ingresos (declaración de impuestos o talones de cheques) no pueden ser procesadas.
Si tiene preguntas, por favor llame (760) 924-4062. Las solicitudes completas y la documentación requerida deben devolverse a los asesores financieros de Mammoth Hospital a través del correo electrónico: Billing@MammothHospital.com O a través de:

Correo
Mammoth Hospital
Attn: Financial Counselor
PO Box 100 PMB 700, Mammoth Lakes, CA 93546

Fax
Mammoth Hospital
Attn: Financial Counselor
(760) 934-1832 FAX

Número de Cuenta(s): _____ _____ _____ _____ Fecha: _____

El no entregar la solicitud a tiempo puede causar que su cuenta del hospital se actualize como "responsabilidad del paciente," lo cual significa que usted será plenamente responsable de pagar su estado de cuenta.
En orden de considerar su solicitud para Pago de Descuento y Asistencia Médica Caritativa necesita llenar completamente este formulario. Incluya el ingreso total de la familia, como también, la cantidad total de la cuenta de ahorros, de cheques y cuentas fiduciarias (cuenta de inversiones). Liste el número total de dependes que residen en su hogar, inlcuyendose usted mismo(a).
COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN. SOLICITUDES INCOMPLETAS NO PUEDEN SER PROCESADAS.

NOMBRE: _____
Nombre Segundo Nombre Apellido

DOMICILIO: _____
Domicilio/P.O. Box Ciudad Estado CP

No. de Teléfono: _____ No. de Celular: _____

No. de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Empleador: _____ No. de Teléfono: _____

Ocupación: _____ Salario por hora $: _____

DEPENDES (liste los por nombre y edad)
Si necesitas más espacio, utilizar parte de detrás.
Nombre Edad

_____
_____
_____

FUENTE DE INGRESOS Cantidad Anual
(Si esta casado(a), requerimos ambos ingresos)

_____ $_____
_____ $_____
_____ $_____

INFORMACIÓN DE GASTOS MENSUALES
Rents/Hipoteca $_____ Prestamos $_____ Utilidades $_____ Pensión alimenticia $_____
Comida $_____ Manutención de un menor $_____ Gastos Médicos $_____ Primas de Seguro $_____

Yo declaro que toda la información proporcionada en esta solictud es cierta y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo a Mammoth Hospital a verificar cualquiera de la información proporcionada en esta solicitud.

_____ _____
Firma del Paciente o Persona Responsable Fecha