



Fecha:

Número de historia clínica:

Estimado/a _____:

Complete la solicitud adjunta del Programa de Ayuda Financiera de EVANGELICAL COMMUNITY HOSPITAL y devuélvala dentro del plazo **15 días** en el sobre con su dirección que le facilitamos para su comodidad. Para recibir Asistencia Médica, debe presentar la solicitud para que se evalúe su elegibilidad en un plazo de 90 días a partir de la fecha de servicio más reciente (los casos especiales pueden estar exentos de solicitar Asistencia Médica). Se le enviará un aviso de aprobación o denegación de Asistencia Médica. **Incluya su denegación de Asistencia Médica con esta solicitud.** Es muy importante que complete íntegramente esta solicitud. En EVANGELICAL COMMUNITY HOSPITAL, estamos comprometidos con el cuidado y la mejora de la vida humana. También estamos comprometidos a brindar una atención de calidad que sea sensible y humanitaria, brindada con prontitud y eficaz en función del costo. Nuestro centro ofrece el Programa de Ayuda Financiera de EVANGELICAL COMMUNITY HOSPITAL a las personas que cumplen con las Pautas Federales de los Niveles de Pobreza y cumplen con sus reglas y regulaciones.

Para que podamos tomar una determinación, presente los siguientes documentos para demostrar sus ingresos:

1. Documentación de los ingresos brutos mensuales de usted y de su grupo familiar.
 2. Aviso de denegación de Asistencia Médica. Llame a los asesores financieros para que evalúen si cumple con los criterios para recibir Asistencia Médica. Si cumple con los criterios, programarán una cita para que se presente y complete la solicitud. Si **NO** cumple con los criterios, completarán el aviso de denegación.
 3. Copias de sus declaraciones completas de impuestos sobre la renta del último año calendario.
 4. Si está empleado actualmente, copias de los recibos de pago de los últimos 3 meses.
 5. Copias de las declaraciones de ingresos de elegibilidad del Seguro Social, cuando corresponda.
 6. Adjunte una página adicional en caso de que la hoja de información financiera no tenga suficiente espacio.
- Tras recibir su información, la revisaremos y tomaremos una decisión conforme a la normativa federal.

No se considerarán solicitudes sin firma y fecha, o que no contengan todos los documentos solicitados.

La solicitud debe devolverse en el plazo de **15 días** a partir de la fecha de esta carta. No presentar documentación puede dar lugar a la denegación de la solicitud. Por favor, devolver antes del _____

EVANGELICAL COMMUNITY HOSPITAL ofrecerá una cantidad razonable de Servicios de Ayuda Financiera a las personas que cumplen los requisitos de las Pautas de la Administración Federal de Servicios Comunitarios aplicables. La elegibilidad del paciente para el Programa de Ayuda Financiera de EVANGELICAL COMMUNITY HOSPITAL se determina comparando los ingresos familiares con las Pautas de definición de los niveles de pobreza establecidas por la Administración Federal de Servicios Comunitarios. A continuación se enumeran los requisitos actuales:

Pautas de definición de los niveles de pobreza del departamento de Salud y Servicios Humanos para 2024 para los 48 estados contiguos y el distrito de Columbia							
ATENCIÓN GRATUITA (FPL del 100 %)		85 % de descuento (FPL del 125 %)		70 % de descuento (FPL del 150 %)		55 % de descuento (FPL del 200 %)	
GRUPO FAMILIAR	PAUTAS DE POBREZA PARA 2024	MAYOR A	HASTA	MAYOR A	HASTA	MAYOR A	HASTA
1	\$ 15,060	\$ 15,060	\$ 18,825	\$ 18,825	\$ 22,590	\$ 22,590	\$ 30,120
2	\$ 20,440	\$ 20,440	\$ 25,550	\$ 25,550	\$ 30,660	\$ 30,660	\$ 40,880
3	\$ 25,820	\$ 25,820	\$ 32,275	\$ 32,275	\$ 38,730	\$ 38,730	\$ 51,640
4	\$ 31,200	\$ 31,200	\$ 39,000	\$ 39,000	\$ 46,800	\$ 46,800	\$ 62,400
5	\$ 36,580	\$ 36,580	\$ 45,725	\$ 45,725	\$ 54,870	\$ 54,870	\$ 73,160
6	\$ 41,960	\$ 41,960	\$ 52,450	\$ 52,450	\$ 62,940	\$ 62,940	\$ 83,920
7	\$ 47,340	\$ 47,340	\$ 59,175	\$ 59,175	\$ 71,010	\$ 71,010	\$ 94,680
8	\$ 52,720	\$ 52,720	\$ 65,900	\$ 65,900	\$ 79,080	\$ 79,080	\$ 105,440
AGREGUE \$5380 POR CADA MIEMBRO ADICIONAL DEL HOGAR							

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, no dude en ponerse en contacto con nuestros **Asesores financieros al (570)-522-4445.**

INGRESOS (Incluya a todos los miembros del grupo familiar)

	Total de los últimos 3 meses	Total de los últimos 12 meses
Salarios brutos	_____	_____
Beneficios del seguro social	_____	_____
Ingresos por pensiones	_____	_____
Asistencia pública	_____	_____
Dividendos e intereses	_____	_____
Ingresos por alquiler	_____	_____
Ingresos agrícolas o de trabajo por cuenta propia	_____	_____
Subsidio por desempleo	_____	_____
Indemnización por accidente de trabajo	_____	_____
Beneficios por huelga	_____	_____
Beneficios por condición de veterano (VA)	_____	_____
Asignaciones para familias militares	_____	_____
Pensión alimenticia	_____	_____
Manutención de los hijos	_____	_____
Otros ingresos	_____	_____
INGRESOS TOTALES (antes de impuestos)	_____	_____

Proporcione copias de sus formularios 1040 y W-2 más recientes o recibos de pago correspondientes a los últimos tres meses, y el aviso de denegación o elegibilidad para Asistencia Médica (el aviso de denegación de Asistencia Médica debe estar fechado dentro de los 6 meses anteriores a esta solicitud). Es posible que se solicite información adicional sobre los activos.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del empleador del jefe/la jefa de familia _____

Dirección del empleador _____

Nombres de otros empleadores _____

Dirección del empleador _____

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera y correcta, y acepto que su falsificación me descalificará a mí o a las personas a mi cargo para recibir servicios de beneficencia. Comprendo que la información enviada se someterá a verificación.

Firma del paciente

Fecha

Firma del responsable

Fecha