



Solicitud de asistencia financiera (carta de presentación)

Entendemos que los gastos médicos son a menudo imprevistos. En caso de dificultad financiera, el Centro de Rehabilitación del Hospital del Children's ayudará a nuestros pacientes a explorar recursos disponibles para resolver sus cuentas médicas.

La ayuda puede estar disponible basada en la situación económica de las familias de nuestros pacientes. Esta solicitud para asistencia financiera se utiliza para determinar la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera del Centro de Rehabilitación del Hospital del Children's. Si se aprueba, este programa cubre los servicios médicamente necesarios en las instalaciones de TCCRH. No se aplica a las cuentas del médico u otras tarifas en que un paciente incurra.

Para ser considerado para obtener ayuda financiera de nuestro programa, el tutor del paciente deberá proporcionar la información y documentación solicitada en la solicitud de asistencia financiera. Los pacientes deben solicitar otros recursos financieros existentes a los que pudiera calificar para pagar sus gastos de cuidado de la salud, como el Medicaid.

Complete por favor el formulario de solicitud adjunto y devuélvalo a la siguiente dirección junto con la documentación de comprobación:

- Copia de la denegación de elegibilidad de Medicaid de Oklahoma
- Copia de identificación vigente con foto (licencia de conducir, identificación estatal, identificación militar, etc.)

COPIA DE UNO DE LOS SIGUIENTES:

- Copia de las declaraciones de impuestos de los pasados dos años (toda declaración complementaria y formularios W2)
- Copia de los últimos talonarios de pago o comprobante de ingresos (de tres meses)
- Copia de los últimos estados de cuenta bancarios (de tres meses)

Una vez recibida la solicitud completa, se hará una determinación y se le enviará una respuesta por escrito al solicitante dentro de treinta días hábiles tras haberla recibida.

Preguntas y ayuda para completar formulario de solicitud de asistencia financiera

Para preguntas adicionales o ayuda para completar la solicitud de asistencia, por favor llame a nuestra oficina al 405-789-6711 ext. 1202. También puede solicitar una copia completa o resumen de nuestra política de asistencia financiera de cualquier empleado de las oficinas, o llamar por teléfono y solicite la política por escrito a: Procesador de ayuda financiera - Centro de Rehabilitación del Hospital del Children's, 6800 NW 39th Expressway, Bethany, OK, 73008.



the children's center
REHABILITATION HOSPITAL

Solicitud para asistencia financiera

Información del garante			
Apellido	Nombre	Segundo nombre	Estado civil
			Soltero(a), casado(a), divorciado(a) o viudo(a)
Dirección	Ciudad, Estado, Zona Postal	Teléfono:	
Patrono	Ocupación	Tiempo en el empleo	

Información del cónyuge / co-solicitante			
Apellido	Nombre	Segundo nombre	Estado civil
			Soltero(a), casado(a), divorciado(a) o viudo(a)
Dirección	Ciudad, Estado, Zona Postal	Teléfono:	
Patrono	Ocupación	Tiempo en el empleo	

Ponga los nombres de todos los miembros de la casa <i>incluyéndose a usted mismo</i> y complete la información para cada uno				
Nombre completo	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Parentesco con el(la) garante	Escuela a la que asiste:

Por favor facilitar los datos de ingresos en bruto (antes de las deducciones) del cabeza de hogar, el cónyuge y dependientes mayores de 18 y adjunte la documentación que lo compruebe.

Fuente de ingresos	Paciente	Cónyuge	Otro	Períodos de pago	Total anual
Trabajo por cuenta propia				Semanal Quincenal Mensual	
Inversiones inmobiliarias				Semanal Quincenal Mensual	
Seguro Social / Discapacidad				Semanal Quincenal Mensual	
Pensión				Semanal Quincenal Mensual	
Desempleo				Semanal Quincenal Mensual	
Manutención de menores / pensión alimenticia				Semanal Quincenal Mensual	
Indemnización laboral				Semanal Quincenal Mensual	
Beneficios para veteranos				Semanal Quincenal Mensual	
Otro				Semanal Quincenal Mensual	

Por favor explique por qué está solicitando ayuda financiera y provea documentación, si es posible (por ejemplo, por pérdida de trabajo, muerte en la familia, divorcio, gastos médicos extraordinarios).

Por favor firme y ponga la fecha abajo, ya que la solicitud debe ser firmada y fechada por todas las personas aplicables para completar el proceso.

Yo doy fe de que la información proporcionada es la verdad y exacta al mejor de mi conocimiento. Yo, como pagador y firmante de este formulario, certifico que el número de seguro social es el asignado legalmente a mí.

Firma del paciente/garante

Número de Seguro Social

Fecha

Yo doy fe de que la información proporcionada es la verdad y exacta al mejor de mi conocimiento. Yo, como pagador y firmante de este formulario, certifico que el número de seguro social es el asignado legalmente a mí.

Firma del cónyuge/co-solicitante

Número de Seguro Social

Fecha