

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA

FECHA: _____ N.º DE CUENTA _____

NOMBRE: _____

Para solicitar asistencia financiera debe cumplir con los siguientes requisitos en su factura.

- ___ 1. Debe ser un residente del condado de Sampson o:
 - ___ a) Un residente fuera del condado que llegó a la sala de emergencia de SampsonRMC vía ambulancia/rescate.
 - ___ b) Un residente fuera del condado que fue remitido a SampsonRMC por servicios hospitalarios o ambulatorios por un miembro activo del personal médico de SampsonRMC.
- ___ 2. No debe ser elegible para Medicare o Medicaid.
- ___ 3. No debe haber rechazado el seguro médico ofrecido por el empleador, el empleador del cónyuge o el empleador de los tutores.
- ___ 4. Los servicios no deben estar relacionados con ningún caso de responsabilidad (accidente automovilístico u otra responsabilidad de terceros).

A fin de determinar si califica para recibir la asistencia financiera, necesitamos que los documentos indicados más adelante, así como estos formularios, sean devueltos a la oficina administrativa ubicada en la calle Beaman, directamente frente a la entrada del hospital (Sampson Regional Financial Services). También se pueden enviar por correo a PO Box 260 Clinton, NC 28329. Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia adicional, llame a la oficina de Servicios Financieros al 910-590-8753.

LISTA DE VERIFICACIÓN:

- ___ Necesita una constancia por escrito de que no es elegible para Medicaid. Esto no es obligatorio si tiene seguro médico. Si Medicaid está a la espera, devuelva su solicitud junto con cualquier otra información y documentos necesarios para cumplir con el plazo de 30 días.
- ___ Copia de su última declaración de impuestos con todos los formularios W-2 o 1099 y 1040.
- ___ Copia de sus 2 últimos comprobantes de pago o constancia de ingresos.
- ___ Verificación por escrito de cualquier otro ingreso recibido (manutención de menores, Seguridad Social, pensión alimenticia, desempleo, ayuda para niños dependientes, cupones para alimentos, ingreso por discapacidad y asistencia de un pariente o amigo, etc.).
- ___ Si se encuentra desempleado, indique en la sección de comentarios del formulario de dificultades la fecha en que trabajó por última vez y cómo cubre sus gastos básicos actuales.

Comentarios / motivo de la solicitud: _____

Por la presente certifico que la información contenida es verdadera y exacta según mi leal saber y entender. Además, autorizo a SampsonRMC a verificar toda o parte de la información proporcionada y también autorizo un informe de crédito del consumidor si es necesario.

Paciente/garante N.º 1. Firma _____

Cónyuge/garante N.º 2. Firma _____

Si la información requerida no se devuelve dentro de los 30 días a partir de la fecha que aparece en la parte superior de este formulario, la solicitud de asistencia financiera será negada.

