

IMPORTANTE: USTED PUEDE RECIBIR UN DESCUENTO PARCIAL O TOTAL. Completar esta aplicación ayudará al Hilo Medical Center a determinar si usted es admisible para participar de nuestro Programa de Asistencia Financiera para los servicios médicos. Por favor, refiérase al resumen de nuestra Póliza de Asistencia Financiera para comprender los requerimientos de selección.

Instrucciones: Por favor complete esta aplicación de principio a fin y firme la autorización para verificar la información. Los formularios pueden ser llevados al hospital en persona, enviados por fax o por correo a la siguiente dirección:

Hilo Medical Center
 Attn: Business Office
 1190 Waiuanue Avenue, Hilo, HI 96720
 Fax: 808-974-6723
 Teléfono: 808-932-4347

Pese a que no hay fecha límite para la presentación de esta aplicación, recuerde que mientras su postulación es revisada usted es responsable de tener al día el pago de sus facturas. Debido a la gran cantidad de aplicaciones recibidas, el tiempo de procesamiento de los formularios es de un mes. Las aplicaciones serán revisadas en el orden en el que son recibidas.

INFORMACIÓN DEL APLICANTE		
Dirección de correo:		Cantidad de miembros familiares:
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Fecha de nacimiento:	Nro. de Seguridad Social: - -	Teléfono:
Dirección:		Apt. #
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono fijo:	Celular:	
Ingreso mensual:		
GARANTE (PADRE SI ES MENOR)		
Dirección de correo:		Relación con el paciente:
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Empleador:	Dirección del empleador:	
Teléfono fijo:	Celular:	
Ingreso mensual:		

PRESUNCIÓN DE ADMISIBILIDAD

Los pacientes que demuestren uno de los siguientes Criterios de Presunción de Elegibilidad individualmente o a través de los beneficios provistos a su familia, serán automáticamente seleccionados para recibir una **reducción de la asistencia médica** y **no se les solicitarán pruebas de ingreso salarial**.

Seleccione todas las que considere necesarias:

- WIC: MUJERES, NIÑOS Y SERVICIOS NUTRICIONALES INFANTILES
- SNAP: PROGRAMA DE ASISTENCIA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (VALES DE COMIDA)
- LIHEAP: PROGRAMA DE ASISTENCIA ENERGÉTICA PARA HOGARES CON BAJOS INGRESOS
- PROGRAMA MÉDICO DE ASISTENCIA COMUNITARIA
- EL PACIENTE ESTÁ PRESO POR UN DELITO POR UN PERÍODO EXTENDIDO DE TIEMPO Y SE INCURRIÓ EN LA DEUDA ANTES DE LA ENCARCELACIÓN

- PERSONAS SIN HOGAR O QUE VIVEN EN UN REFUGIO
- SI EL APLICANTE HA FALLECIDO Y NO POSEE INMUEBLE ADMISIBLE PARA EL MEDICAID PERO NO LO ERA EN LA FECHA DEL SERVICIO O PARA UN SERVICIO NO CUBIERTO
- PROGRAMA PERMANENTE DE APOYO PARA LOS HOGARES DE HAWÁI
- DISCAPACIDAD MENTAL SIN NINGÚN RESPONSABLE LEGAL
- BANCARROTA
- ADMISIBLE BAJO LA LEY DE COMPENSACIÓN DE VÍCTIMAS DE DELITOS VIOLENTOS O DE VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

**** Si demuestra la Presunción de Admisibilidad, NO necesita presentar información sobre su ingreso salarial. Sí deberá firmar la Certificación de Solicitud al final de este documento. ****

DOCUMENTACIÓN SUPLEMENTARIA

Por favor adjunte una copia (NO envíe los originales) de la siguiente documentación. (Si demuestra la Presunción de Admisibilidad, no complete lo siguiente y llene directamente la Certificación de Solicitud al final del documento):

Documentación requerida:

Verificación del ingreso salarial: (Debe presentar uno o más por cada miembro empleado de la familia)

- una copia de la declaración actualizada de impuestos
- una copia actualizada de los formularios W-2 y 1099
- una copia del último recibo de sueldo
- si cobra en efectivo, un recibo de sueldo verificable firmado por su empleador
- cualquier otra verificación de un tercero sobre su ingreso

Si se aplica, también debe presentar los siguientes documentos:

Verificación de bienes: (Entregar todo lo que se aplica al paciente y a su garante)

El último extracto bancario (cuenta corriente y ahorros)

Miembros dependientes de la familia (Listado de todos los miembros que dependen económicamente de usted)

Nombre(s):	Edad(es):	Parentesco

FUENTE DE INGRESO MENSUAL

	Persona responsable/Garante	Cónyuge/Otro miembro familiar
Ingreso salarial mensual:	\$	\$
Seguridad Social:	\$	\$
Discapacidad:	\$	\$
Pensión:	\$	\$
Beneficios por desempleo:	\$	\$
Pensión alimentaria:	\$	\$
Beneficios para veteranos:	\$	\$
Otros:	\$	\$

Si no puede presentar ninguna documentación relacionada a su ingreso, por favor complete lo siguiente:

Yo, _____ (nombre), certifico que no poseo la documentación necesaria para probar el ingreso mensual de mi familia de \$_____.

*** Si demuestra la Presunción de Admisibilidad, NO necesita presentar información sobre su ingreso salarial. Sí deberá firmar la Certificación de Solicitud al final de este documento. **

Hilo Medical Center
Formulario para el Programa de Asistencia Financiera Nro. de cuenta(s) del paciente _____

BIENES

Nombre del banco:	Tipo de cuenta:	Último estado de cuenta bancaria:
		\$
		\$
		\$
		\$

CERTIFICACIÓN DE SOLICITUD: Certifico que la información provista en esta aplicación es verdadera y correcta de acuerdo a mis conocimientos. Aplicaré a cualquier asistencia estatal, federal o local para la que pueda ser admisible con el objeto de recibir ayuda para pagar esta factura hospitalaria. Entiendo que la información provista puede ser verificada por el hospital y lo autorizo a contactar a terceros para confirmar la exactitud de la información brindada en la presente aplicación. Entiendo que brindar información falsa adrede implica la inadmisión para mi asistencia financiera, que cualquier otra ayuda económica pueda ser revocada y que seré responsable del pago de las facturas hospitalarias.

Persona responsable (Garante): _____ Fecha: _____ (Firma)

Si en los últimos 60 días ha enviado su aplicación para recibir asistencia financiera y desea conocer su estado actual, por favor contáctese directamente con los Servicios Financieros para el Paciente al (808) 932-3420.

**** Si demuestra la Presunción de Admisibilidad, NO necesita presentar información sobre su ingreso salarial. Sí deberá firmar la Certificación de Solicitud al final de este documento. ****

