

Nacogdoches Memorial Hospital

APLICACION PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Gracias por haber escogido al Nacogdoches Memorial Hospital como su proveedor del cuidado de su salud. Debajo de estas líneas leera información básica acerca de nuestro programa de Asistencia Financiera.

PROPOSITO DEL PROGRAMA:

- Este programa esta diseñado para aplicantes que han tenido ó van ha tener un gasto médico serio y tienen necesidad de cubrir estos cuidados financieramente.
- Este programa esta diseñado como una sola vez ú oportunidad de tener asistencia financiera a los residentes de Nacogdoches y su Condado. Y el cual podría cubrir todo el costo ó una porción de el costo.

REQUISITOS:

- Tienen que ser residentes del Condado de Nacogdoches.
- Que sus ganancias que haga cumpla con los requisitos de elegibilidad.
- El servicio que se solicita esta cubierto bajo el Programa de Asistencia Financiera
- Solo una vez para atención de alguna enfermedad.

PROCESO DE APLICACION

- Tiene que completar la aplicación y proveer todos los documentos que lo apoyen.
- Llamar a la Consejería Financiera al (936) 568- 8497 para hacer una cita.
- Las aplicaciones para asistencia financiera son consideradas por cita unicamente.

PREGUNTAS:

Si usted tiene preguntas al respecto del proceso de esta aplicación ó necesita asistencia en como completar dicha aplicación, favor de contactar al Nacogdoches Memorial Hospital al teléfono: (936) 568-8497

4.- Alguien en donde usted vive obtiene dinero en efectivo, o cheques como de prestamos o becas o manutención de menores, de desempleo o cheques dados por algun servicio de Gobierno como de seguro social, etc.

SI NO

5.- Nombre todas las pesonas que reciben un salario o ganancias en efectivo por algun tipo de trabajo.

<u>NOMBRE</u>	<u>DONDE TRABAJA</u>	<u>CADA CUANDO LE PAGAN</u>	<u>CANTIDAD PAGADA</u>
A) _____	/ _____	/ _____	/ _____
B) _____	/ _____	/ _____	/ _____
C) _____	/ _____	/ _____	/ _____
D) _____	/ _____	/ _____	/ _____

6.- Cual es la cantidad total de ingresos que su casa recibira para este mes ?

\$ _____

7.- Hay alguien que tenta seguro medico ? SI NO

8.- Hay alguien en su casa que esta pagando legalmente la obligación de manutención de menores a alguien que no vive ahi en su casa? SI NO

9.- Hay alguien en su casa que tenga gastos de pagos médicos o medicamentos

SI NO

Si la respuesta es "SI": Favor de nombrar dichos medicamentos: _____

10.- Favor de poner en su circulo lo que mejor describa su tipo de vivienda:

RENTANDO

PROPIERARIO

VIVE CON
PAPAS

PAGOS PARA
TENER CASA PROPIA

NO TIENE RESIDENCIA
DE VIVIR PERMANENTE

11.- Describa los gastos que tiene que atender:

PAGO DE LA RENTA MENSUAL: \$ _____

UTILIDADES MENSUALES: \$ _____

PAGO DEL TELEFONO: \$ _____

IMPUESTO DE LA CASA: \$ _____

SEGURO DE LA CASA; \$ _____

SEGURO DE LOS AUTOMOVILES: \$ _____

OTROS GASTOS: \$ _____

12.- Cual es el Condado donde esta su casa y el Estado donde vive:

CONDADO: _____ **ESTADO:** _____

- **Cuanto tiempo ha vivido en ese lugar:** _____
- **Cuanto tiempo ha vivido en total en el Condado de Nacogdoches:** _____

Esta declaración que yo he hecho incluyendo mis respuestas a todas las preguntas son verdaderas de el mejor de mi conocimiento y creer. Se me ha dicho y yo entiendo que esta aplicación será considerada sin ningun prejuicio de raza, color de piel, religión, creencia, nacionalidad de origen, edad, sexo, desabilidad, o creencia politica. Yo podría solicitar una revisión, ya sea oral o por escrito de la decisión tomada en mi aplicación acerca de las acciones que afectarán el recibir la asistencia.

Yo entiendo que firmando esta aplicación, le estoy dando al Condado el derecho de recuperar el costo de mis servicios del cuidado de mi salud proveidos por el Condado a cualquier agencia de servicios terceros de recoleccion. Yo estoy de acuerdo de darle al Condado cualquier información que necesite para identificar y localizar todas las otras fuentes de pagos que necesite de los servicios del cuidado de mi salud. Se me ha dicho y yo entiendo que el faltar en llenar las obligaciones aqui por escrito podria ser considerado como obstruccion con mala voluntad de dicha información y puede resultar en la obtención y recuperación de cualquier perdida hecha por medio de pagos o se podria hacer papeleos de cargos de tipo criminal ó civiles en contra de mi.

ANTES DE FIRMAR, ASEGURESE QUE TODO ESTE COMPLETO Y CORRECTO.

Firma o Nombre del Apicante

Fecha de hoy

Firma del Testigo/Consejero Financiero

Fecha de hoy

**ASISTENCIA MEDICA
ASISTENCIA FINANCIERA**

ULTIMA REVISION: Marzo 12, 2004

LISTA DE VERIFICACION DE DOCUMENTOS

IDENTIDAD SUYA: (Al menos dos documentos)

- Tarjeta de su número de Seguro Social
- Licencia de conducir
- Tarjeta ó identificación para votar
- Tarjeta de identificación de empleado ó donde trabaja.
- Acta de Nacimiento
- Archivo ó Record de su Escuela
- Acta de Matrimonio
- Cualquier tarjeta de identificación

RESIDENCIA SUYA: (Al menos dos documentos)

- Dos recibos donde se confirma su dirección de por los menos 6 meses
- Recibo vigente de teléfono con su dirección
- Recibo vigente de pago de utilidades con su dirección
- Recibo del pago de la renta ó si usted es propietario, el recibo del pago de impuestos de la propiedad.
- Cheque vigente del Seguro Social con la dirección ó tarjeta de Medicare.
- Dos cartas notariadas de mantenimiento con recibos vigentes de la persona que esta dando el mantenimiento (declarando por cuanto tiempo a estado en la residencia y si da algún aporte financiero)

INGRESOS SUYOS: (Al menos dos documentos)

- Prueba de empleo, talones de sus cheques ó información de ingresos del retiro
- Comision de Empleos de Texas, Tarjeta de Enlistamiento, Carta de ingresos de desempleo.
- Tarjeta de Medicare y tarjeta de otorgamiento de el Seguro Social
- Tarjeta vigente de Medicaid
- Forma de declaración de impuestos de año pasado
- Carta de Beneficios de Veteranos. Carta del V.A. (Veterans Affair) mostrando la cantidad de dinero recibido por el paciente
- Carta del patron o empleo previo con el nombre de el patron, dirección, teléfono, tiempo de empleo y cuanto gano en pagos.