



Carroll County Memorial Hospital

A Partner of **U of L** Health

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Gracias por elegir Carroll County Memorial Hospital (CCMH) para sus necesidades de atención médica.

Nos complace proporcionarle esta Solicitud de asistencia financiera para determinar si cumple con los criterios de elegibilidad para recibir asistencia con su factura hospitalaria de CCMH. Para que su solicitud sea procesada, requerimos lo siguiente:

- Formulario de asistencia financiera completo, firmado y fechado (adjunto)
- Copia de su declaración de impuestos estatales y federales más reciente
 - Si trabaja por cuenta propia, los últimos dos años de información fiscal
- Copias de los **dos talones de pago más recientes** de todos los asalariados que viven en el hogar
- Copias de los **dos estados de cuenta bancarios más recientes** , incluidos cheques y ahorros
 - Si no tiene una cuenta bancaria, proporcione dos meses de recibos o servicios de cambio de cheques (para alquiler, servicios públicos, etc.) o facturas de servicios públicos pagadas en efectivo
- Comprobante de otros ingresos que incluyan beneficios de desempleo, beneficios de compensación laboral, beneficios de seguro social / jubilación, asistencia del gobierno (cupones de alimentos, WIC, etc.), manutención de niños, beneficios por discapacidad, etc.
- Comprobante de otra fuente de ingresos documentada en la solicitud
- Información sobre el ingreso mensual bruto de su familia (antes de impuestos/deducciones)
- Declaración de bienes
- **Dos estados de inversión más recientes** , si corresponde. Para incluir: HSA, FSA, acciones, bonos, CD, 401K

Envíe por correo o deje la solicitud completa a:

Registro central
309 Calle 11
Carrollton, KY 41008



Carroll County Memorial Hospital

A Partner of  Health

Le notificaremos la determinación final de elegibilidad dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de una solicitud de asistencia financiera completa, incluida toda la documentación de respaldo requerida mencionada anteriormente.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Información para el paciente		
Nombre:		
Fecha de nacimiento:	SSN:	Teléfono:
Dirección actual:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Alquiler ☐ propio ☐		
Nombre de la persona responsable de pagar la factura (garante):		
Relación con el paciente:		
Fecha de nacimiento:	SSN:	Teléfono:
Estado civil: Casado ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐		
Situación laboral de la persona que paga la factura:		
Fecha de contratación del empleado:	Desempleado (cuánto tiempo):	
Estudiante ☐ Discapacitado ☐ Jubilado ☐ Otro ☐		
Enumere la siguiente información para los miembros de la familia (incluido el paciente / yo mismo) que viven en el hogar:		
Nombre	DOB	Relación con el paciente
Ingresos mensuales		
Ingreso bruto del paciente o padre (mensual de la madre)		\$
Ingreso bruto del paciente o de los padres (mensual del padre)		\$
Si no tiene ingresos, ¿quién paga los gastos del hogar?		
Otros ingresos brutos	Fuente:	\$
Incluye manutención de los hijos/pensión alimenticia, seguridad social, SSI, desempleo, cupones de alimentos, pensión, etc.		
Gastos mensuales		



Carroll County Memorial Hospital

A Partner of **U of L** Health

Alquiler/Hipoteca	\$	Alimentos/Suministros	\$
Teléfono	\$	Utilidades	\$
Médico	\$	Automático	\$
Seguro	\$	Otro	\$
Activo			
Comprobación del saldo	\$	Saldo de ahorros	\$
Otro	\$		

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Activos cont.
Marque todo lo que se aplica a cualquier miembro del hogar: 401K ☐ Acciones ☐ Bonos ☐ HSA ☐ Fideicomisos ☐ Propiedad ☐ Posee un negocio ☐ Otros (por favor enumere):
¿Ha solicitado Medicaid o cualquier otra asistencia estatal/del condado? ☐ Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, proporcione lo siguiente: Fecha de solicitud: Estado de la solicitud: Casworkers Nombre y teléfono #:
** El asesor financiero de CCMH evaluará si el paciente está cubierto por Medicaid (a través de un tercero) y adjuntará la documentación justificativa a la solicitud.

Adjunte páginas adicionales si desea que sepamos más sobre su situación actual.

Firmando a continuación:

- Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.
- Solicitaré de forma independiente o con la ayuda del personal de CCMH CUALQUIER y TODA la asistencia que pueda estar disponible a través del gobierno federal, estatal, local y fuentes privadas para ayudar a pagar esta factura del hospital.
- Entiendo que si no coopero con CCMH para proporcionar la información solicitada, mi solicitud puede ser denegada para una posible asistencia financiera.
- Entiendo que la información que he enviado está sujeta a verificación por parte de CCMH, incluidas las agencias de informes crediticios, y está sujeta a revisión por parte de agencias federales y/o estatales y otros, según sea necesario.
- Entiendo que se puede solicitar información adicional para calificar para recibir asistencia.



Carroll County Memorial Hospital

A Partner of **UL** OF **Health**

Nombre del paciente (letra de imprenta): _____

Fecha: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____