

**MADISON PARISH HOSPITAL, MPH RURAL HEALTH CLINIC, & LEONARD P. NEUMANN, JR RHC
CHARITY CARE/FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION**

Información del paciente			Fecha:	
Nombre de pila:	Medio:	Último:	Otros nombres:	
Dirección de casa:		Ciudad:	Estado:	Cremallera:
Dirección de envío:		Ciudad:	Estado:	Cremallera:
Teléfono de casa #:		Teléfono móvil #:		
Fecha de nacimiento:	Seguridad Social #:	Tiene seguro: (circule uno) Sí No		
Estado civil (circule uno)	Soltero En pareja Casado Divorciado Separado Viudo			

Tamaño del hogar		
Nombre (inclúyase usted mismo en el hogar)	Fecha de nacimiento	Número de seguro social

***La siguiente información de ingresos es obligatoria para que la solicitud sea revisada:
Todos los ingresos deben ser verificados para que la solicitud sea considerada***

Ingresos del hogar			
Nombre	Ingreso total actual de 3 meses	Ingreso total del año anterior	Empleador:
Tú	ps	ps	
Cónyuge	ps	ps	
Niños	ps	ps	
Otro	ps	ps	
	ps	ps	
Total	ps	ps	

Otros Ingresos	Tú	Cónyuge	Niños	Otro	Total parcial
Seguridad Social					
Asistencia pública					
Pensión de retiro					
Cupones de alimentos					
Manutención de niños/pensión alimenticia					
Ingresos por intereses					
Otro					
				TOTAL	ps

Por la presente juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto que cualquier información u omisión engañosa o falsificada puede descalificarme de una mayor consideración para la atención de caridad/asistencia financiera y me someterá a sanciones según las leyes federales, que pueden incluir multas y encarcelamiento. Además, acepto informar a Madison Parish Hospital oa la Clínica de Salud Rural si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si se aprueba para atención caritativa/asistencia financiera en virtud de esta solicitud

Cumpliré con todas las normas y reglamentos del Hospital Parroquial de Madison y la Clínica de Salud Rural. Por la presente reconozco que he leído la divulgación anterior y la entiendo.

Fecha: _____ Nombre (letra de imprenta): _____ Firma: _____

REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN PARA SOLICITUD DE ATENCIÓN DE CARIDAD/ASISTENCIA FINANCIERA

Debe proporcionar prueba de elegibilidad (verificación de ingresos). Si no puede obtener estos elementos que correspondan a su ingresos, llame y lo ayudaremos a averiguar qué otra documentación se puede usar para verificar sus ingresos.

Salarios (incluye trabajo por cuenta propia) Talón de cheque de pago (los últimos 3 meses) Carta fechada del empleador

Seguro Social Carta de adjudicación Cheque de beneficios

Trabajo por cuenta propia Declaración de impuestos sobre la renta y todos los anexos
 Registros de ingresos y gastos

Beneficios de desempleo Carta de adjudicación Cheque de beneficios

Pensión alimenticia/manutención de los hijos Carta de la corte Talones de cheque de manutención de los hijos/pensión alimenticia

Compensación de trabajadores Carta de adjudicación Talones de cheques

Evidencia de denegaciones Medicaid

LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS SOBRE LA RENTA DEL AÑO ANTERIOR DEBE INCLUIRSE CON TODAS LAS SOLICITUDES

Las solicitudes devueltas/presentadas sin documentación serán denegadas y devueltas

LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS SERÁN DENEGADAS AUTOMÁTICAMENTE

familia de 1	familia de 2	familia de 3	familia de 4	familia de 5	familia de 6	familia de 7	familia de 8	Cada persona adicional	Nivel de pobreza	Responsabilidad de pago del paciente
\$14,580	\$19,720	\$24,860	\$30,000	\$35,140	\$40,280	\$45,420	\$50,560	\$5,140	100%	Cuota Nominal \$20.00
\$18,225	\$24,650	\$31,075	\$37,500	\$43,925	\$50,350	\$56,775	\$63,200	\$6,425	125%	20%
\$21,870	\$29,580	\$37,290	\$45,000	\$52,710	\$60,420	\$68,130	\$75,840	\$7,710	150%	40%
\$25,515	\$34,510	\$43,505	\$52,500	\$61,495	\$70,490	\$79,485	\$88,480	\$8,995	175%	60%
\$29,160	\$39,440	\$49,720	\$60,000	\$70,280	\$80,560	\$90,840	\$101,120	\$10,280	200%	80%
\$29,161	\$39,441	\$49,721	\$60,001	\$70,281	\$80,561	\$90,841	\$101,121	\$10,281	>200%	100%

