



Royal Oaks Hospital
Compass Health Network

**APLICACION Y DOCUMENTACION REQUERIDA
PARA CORROBORAR ELEGIBILIDAD PARA
ASISTENCIA FINANCIERA**

Fecha: _____

Estimado paciente/o Persona Responsable.

Para que el Hospital de Royal Oaks pueda completar su Aplicación de Elegibilidad para Asistencia Financiera, necesitamos que usted nos envíe los siguientes documentos a:

**Royal Oaks Billing Department
Attn: Melody Walker
1800 Community Drive
Clinton, MO 64735**

Si usted tiene cualquier pregunta, por favor llame al 660-207-7269

A continuación hemos listado los siguientes ítemes que necesitamos que nos envíe. Nosotros suspenderemos las cobranzas por los próximos 30 días para así darle la oportunidad de someter estos ítemes. Si no recibimos la aplicación financiera completa y firmada, y la documentación apropiada dentro de los próximos 30 días, usted comenzará a recibir nuestros estados de cuenta y tendrá que pagar sus balances pendientes.

Usted debe incluir los siguientes documentos para que podamos procesar su aplicación:

- (X) Los impuestos actuales del año calendario anterior.
- (X) "CERTIFICACION DE INGRESO Y DIRECCION" (anexada).
- (X) "APLICACION DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA" Completa (anexada).

Puede que, además, se le pida incluir los siguientes documentos si es que fuera necesario, para poderle asistir en su proceso de aplicación. :

- () Carta de concesión de Seguro Social del año actual.
- () Carta de Beneficios de Compensación por Desempleo.
- () Copia de los Estados de Cuenta de su Cuenta Bancaria Corriente (últimos 3 meses).
- () Pasaporte Válido o Tarjeta de Registro Extranjero.
- () Estado de Verificación de Beneficios de VA.
- () Certificado de Estado de Cuenta de Ahorros.
- () Estados de Cuentas de Acciones y Bonos.
- () Estado de Cuenta de Fondo de Fideicomiso.

Sinceramente,

Departamento de Cobranzas del Hospital Royal Oaks

APLICACION DE ELEGIBILIDAD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Para que podamos asistirle financieramente, es importante que usted nos provea con la siguiente información con relación a sus ingresos y activos. Este cuestionario está designado para evaluar sus necesidades y es confidencial. Si usted tiene cualquier pregunta con relación a este documento, por favor contáctese con nuestra Oficina de Cuentas del Paciente.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre de la Persona Responsable: _____

Número de Seguro Social/Cuenta#: _____

POR FAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

1. ¿Cuál es el número total de miembros en su familia? _____ Por favor, a continuación liste todos los miembros de su familia.

Nombre:	Relación:	Fecha de Nacimiento:	# Seguro Social
Paciente:	Sí mismo		
Esposo(a):			
Otro:			
Otro:			
Otro:			
Otro:			
Otro:			

2. ¿Hay alguien en la familia que está actualmente empleado o lo ha estado en los últimos 12 meses? S/N ___

Empleadores Actuales	Ingreso Bruto	Ingreso Neto	Fechas de Empleo
Paciente:			
Esposo(a):			
Otro:			
Otro:			

3. ¿Ha usted aplicado alguna vez a social security? Si _____ No _____ Si es así, feche cuándo _____
 ¿Cuál fue el resultado? _____

4. ¿Alguno de los miembros de la familia recibe alguno de los ingresos listados a continuación?

Tipo de Ingreso	Marque una	Cantidad Mensual
Seguro Social	Si o No	\$ _____
Beneficios de Veterano	Si o No	\$ _____
Seguro Social Suplementario	Si o No	\$ _____
Beneficios de Ferrocarriles	Si o No	\$ _____
Ingreso Trabajador Independiente	Si o No	\$ _____
Jubilación/Beneficios de Pensión	Si o No	\$ _____
Pension Alimenticia (niño/ cónyuge)	Si o No	\$ _____
Compensación de Desempleo	Si o No	\$ _____
Ingreos por Renta	Si o No	\$ _____
Dividendos, Intereses/Derechos	Si o No	\$ _____
Pagos de Asistencia Pública	Si o No	\$ _____
Pensión de Familia Militar	Si o No	\$ _____
Ingresos del Estado y Fideicomisos	Si o No	\$ _____
Seguro Regular o A anualidades	Si o No	\$ _____
Ayuda de Familiares/Amistades	Si o No	\$ _____
Cultivos u otro Ingreso Agrícola	Si o No	\$ _____
Compensación al Trabajador	Si o No	\$ _____
Ingreso de Moneda Crypto	Si o No	\$ _____

5. Si usted no tiene una fuente de ingreso, ¿Quién le ayuda económicamente?
 _____ ¿Cómo paga sus cuentas?

6. ¿Tiene alguien en la familia alguno de los activos listados a continuación?;

Activos	Encierre Una	Valor
Efectivo	Si o No	\$ _____
Disponibilidad en Tarjeta de Crédito(s)	Si o No	\$ _____
Fuente de Crédito Disponible	Si o No	\$ _____
Cuentas de Ahorros	Si o No	\$ _____
Cuentas Corrientes	Si o No	\$ _____
Seguro de Vido	Si o No	\$ _____
Acciones o Bonos	Si o No	\$ _____
Capital de Bienes Raíces	Si o No	\$ _____
Certificado de Ahorros	Si o No	\$ _____
Fondo de Fideicomiso	Si o No	\$ _____
Cuentas de Retiro	Si o No	\$ _____
Dinero que lo guarda alguien más	Si o No	\$ _____

Yo entiendo que mi archivo de caso es confidencial, y ninguna información será liberada, a no ser que yo lo autorice como corresponde. Yo, certifico que he leído o me han leído todas las declaraciones en este documento y que la información que he proporcionado es verdadera y completa según mi conocimiento. Yo entiendo que si yo he dado, intencionalmente, información falsa o he ocultado alguna información con relación a cualquier situación, estoy sujeto a posibles cargos por fraude. Al firmar esta aplicación, estoy autorizando la liberación de cualquier información necesaria para determinar mi elegibilidad, no se excluye la verificación de dirección, un chequeo de crédito a través de una agencia nacional de crédito, un chequeo de activos a través del Asesor de Impuestos del Condado y verificación de todos los beneficios listados.

Firma del Paciente Fecha

Firma de la persona Responsable/Autorizada/Título o Relación Fecha

Dirección de la Persona Responsable o Persona Autorizada

Firma del Testigo Fecha

Firma del Representante del Hospital Fecha