



ROCKCASTLE REGIONAL

HOSPITAL ■ RESPIRATORY CARE CENTER

Estimado paciente:

Gracias por escoger al Hospital Rockcastle Regional para sus necesidades de cuidado de la salud. Estamos felices de suministrarle esta solicitud para poder determinar si cumple con los requisitos para recibir asistencia con su factura del hospital. Para que podamos procesar su solicitud para participar en el **Programa de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés)**, debe llenar toda la información solicitada en el FAP.

Debemos verificar sus ingresos al procesar la solicitud para el FAP. Los siguientes son ejemplos de comprobantes de ingresos:

- Recibos de cheque de los últimos 30 días
- Carta de que se proveerá el beneficio del Seguro Social o una copia del depósito bancario que muestra el depósito del Seguro Social
- Verificación escrita del salario de parte del empleador de los últimos 30 días
- Verificación escrita de parte del proveedor de asistencia pública que resuma los beneficios
- Cheque/carta de que se proveerá el beneficio por Compensación para los Trabajadores
- Cheque/carta de que se proveerá el beneficio por desempleo
- W-2
- Copia de la declaración de impuestos federales 1040

Si no tiene ingresos, una verificación aceptable de no tener ingresos es una declaración escrita que indique que no tiene ingresos que esté firmada por tres testigos. Le pedimos que entregue el comprobante de ingresos o de falta de ingresos junto con la solicitud para el FAP.

Si quisiera que se le brinde ayuda para completar la solicitud para el FAP o tiene alguna pregunta sobre el proceso de solicitud, no dude en ponerse en contacto con la **Oficina Comercial llamando al (606) 256-2195, interno 7701**. Estamos disponibles para atenderlo de lunes a viernes, de 8:00 a 16:00.

Devuelva la solicitud a:

Rockcastle Regional Hospital
PO Box 1310
Mount Vernon, KY 40456
Attn.: Patient Accounting

Tenga en cuenta que si se aprueba su solicitud para el programa FAP, el mismo cubre únicamente servicios hospitalarios médicamente necesarios. El programa FAP no cubre los cargos del médico o radiólogo de la sala de emergencias; usted recibirá una factura aparte de TeamHealth o de South Central Radiology. Si la solicita en el Departamento de Emergencia y en las áreas de admisión del hospital, se le brindará una lista completa de proveedores no cubiertos. Asimismo, puede ver estos documentos en línea visitando <http://rockcastleregional.org/about-us/financial-services/>.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOM.:	No. DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:	No. DE CUENTA:
NOMBRE DEL GARANTE: APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOM.:	No. DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN AL PACIENTE:
DIRECCIÓN DEL PACIENTE/GARANTE:	CONDADO	TEL. DEL HOGAR:	TEL. ALTERNATIVO:
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	DUEÑO DEL HOGAR SÍ O NO
¿Ha solicitado Medicaid o cualquier otra asistencia estatal/del condado? (Circule uno) SÍ NO			
En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:			
Fecha de solicitud:		Estado de la solicitud:	
Nombre del asistente social:		Teléfono del asistente social:	

INFORMACIÓN DE LOS OCUPANTES DEL HOGAR

Estado civil: (Circule una)	Casado	Soltero	Separado	Divorciado	Viudo
Nombres de los dependientes:	Relación:	Fecha de nacimiento:			

EMPLEO/INGRESOS Y GASTOS DEL HOGAR

Nombre del empleador del paciente/garante:	Ingreso bruto mensual:	BRINDE LA VERIFICACIÓN
Si el ingreso es \$0, explique:		BRINDE LA DOCUMENTACIÓN
Nombre del empleador del cónyuge:	Ingreso bruto mensual:	BRINDE LA VERIFICACIÓN
Si el ingreso es \$0, explique:		BRINDE LA DOCUMENTACIÓN
Otra fuente de ingresos:	Ingreso bruto mensual:	BRINDE LA VERIFICACIÓN

IMPORTANTE: Para cumplir los requisitos para recibir asistencia, es posible que deba proporcionar al menos una documentación complementaria para verificar los ingresos del hogar. La documentación complementaria puede incluir, pero no se limita a, la declaración de impuestos del año más reciente, un formulario W-2 actual, un recibo de sueldo de un mes actual, una carta de apoyo firmada, etc.

LEA LO DE ABAJO ANTES DE FIRMAR Y FECHAR LA SOLICITUD

Tenga en cuenta que al firmar, usted indica que ha aceptado adjuntar una verificación de ingresos.

- Certifico que, a mi leal saber y entender, la información que he proporcionado es verdadera y exacta.
- Solicitaré CUALQUIER y TODA Asistencia que pueda estar disponible a través del gobierno federal, estatal o local para ayudar a pagar esta factura de cuidado de la salud, por cuenta propia o con ayuda del personal del hospital.
- Entiendo que si no coopero con mi proveedor de cuidado de la salud para proporcionar la información solicitada, mi solicitud para recibir asistencia financiera puede ser negada.
- Entiendo que la información que presento está sujeta a la verificación de mi proveedor de cuidado de la salud, incluyendo las agencias de informes crediticios, y está sujeta a revisión por parte de agencias federales y/o estatales y otras, según sea necesario.
- Entiendo que se puede solicitar información adicional para que cumpla los requisitos para recibir asistencia.

Firma del solicitante/garante:	Fecha:

DEVUELVA LA SOLICITUD COMPLETA Y LOS DOCUMENTOS NECESARIOS A:

Rockcastle Regional Hospital
Attn: Patient Accounting
PO Box 1310
Mt. Vernon, KY 40456

Teléfono: (606) 256-2195
Fax: (606) 256-3947