



INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre del paciente:	Dirección del paciente:
Teléfono:	
¿En qué condado resides?	¿Ha servido usted o su cónyuge alguna vez en el U.S. military? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Presentó impuestos federales sobre la renta el año pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿La atención médica fue resultado de un delito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si Sí, fecha del delito (mm/dd/aa):</i> _____ Describe el crimen:
¿La atención médica fue el resultado de un accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si Sí, fecha del accidente (mm/dd/aa):</i> _____ Describe el accidente:	Marque cualquiera de los siguientes que reciba: <input type="checkbox"/> Ingreso por discapacidad <input type="checkbox"/> Beneficios de Medicare <input type="checkbox"/> Otras ayudas gubernamentales (asistencia alimentaria, etc.)
¿Alguien en su hogar opera su propio negocio, o alguien trabaja por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Enumere todas las personas que viven en el hogar.

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)	Edad	Relación



INGRESO FAMILIAR

Ingreso Mensual	Paciente	Otro Responsable
Salarios brutos (incluyendo propinas, horas extras)		
Seguridad Social		
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)		
Discapacidad del Seguro Social		
Fondos Fiduciarios o Anualidades		
Pensión o Jubilación		
Intereses o Dividendos		
Beneficios para veteranos		
Compensacion por desempleo		
Ingresos de alquiler		
Pensión alimenticia o manutención de los hijos		
Asistencia estatal		
Cupones de alimentos		
Otro		
Total parcial		
TOTAL		

ACTIVOS FINANCIEROS
Cuentas de Clínicas Médicas
EXCLUIDAS

	Ser- Esposa	Articulación	Nombre del banco/empresa	Saldo/Valor
Cuenta de cheques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Certificados de depósito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
IRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
401(K)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Acciones/Bonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Los fondos de inversión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



**Harrison County
Community Hospital**

Solicitud de Atención

Cuenta de Ahorro de Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Seguro de vida con valor en efectivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



COBERTURA DE SEGURO MÉDICO

Para Cuentas en el Hospital

<p>¿Actualmente tiene seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si Sí, tipo de cobertura:</i> <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Seguro médico del estado <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> MC+ or Plan administrado con Mo HealthNet</p>	<p>¿Tiene otra cobertura de seguro, como AFLAC, que ayude a pagar los gastos médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Ha solicitado la Seguridad Social por Discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si Sí, fecha de solicitud (mm/dd/aa):</i> _____ <i>Estado:</i> <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> Apelar <input type="checkbox"/> Rechazado <i>Si su solicitud fue rechazada, ¿cuánto tiempo hace que presentó la solicitud?</i> <input type="checkbox"/> 1 año. <input type="checkbox"/> 2 años. <input type="checkbox"/> 3+ años.</p>	<p>¿Alguien en su hogar ha solicitado MO HealthNet o Medicaid? <input type="checkbox"/> Ser <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niños <input type="checkbox"/> Si Sí, ¿cuándo (mm/dd/aa)? _____</p>

**SOLICITUD DE ATENCIÓN COMUNITARIA
LISTA DE VERIFICACIÓN**

Para solicitar Atención Comunitaria del Distrito de Hospitales Comunitarios del Condado de Harrison, su solicitud debe incluir todos los elementos enumerados a continuación. Su solicitud no será procesada hasta que se reciban todos los artículos.

- Solicitud de Atención Comunitaria
- Formulario de Acuerdo del Paciente (firmado)
- Declaración de impuestos federales sobre la renta
- Dos de sus talones de cheque de pago más recientes
- Prueba de todas las demás fuentes de ingresos
- Las personas que trabajan por cuenta propia deberán presentar detalles de los últimos 3 meses de ingresos/gastos del negocio.

Para Cuentas en el Hospital (para servicios realizados dentro del hospital) necesitaremos la siguiente documentación adicional.

- Estados de cuenta bancarios de los últimos tres meses (cheques, ahorros, etc.)
- Estados de cuenta de inversiones de los últimos tres meses (IRA, acciones, bonos, etc.)
- Recibo(s) de impuestos a la propiedad más reciente(s)

Copia de la denegación de la solicitud de Medicaid (solo para Pacientes que pagan por cuenta propia)



**Harrison County
Community Hospital**

Acuerdo Paciente

El abajo firmante solicita la asistencia financiera indicada en esta solicitud y declara que todas las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y se hacen con el fin de obtener Atención comunitaria. El abajo firmante autorizó la divulgación de la información médica y financiera necesaria para obtener cobertura de terceros. El Harrison Community Hospital District (HCCH) conservara el original o una copia de esta solicitud, incluso si no se otorga la asistencia financiera. El abajo firmante también acepta permitir que HCCH se comuniquen con cualquiera o todas las referencias anteriores para la verificación de crédito. La falsificación de información en esta solicitud es motivo de desaprobación.

El abajo firmante entiende que si HCCH no puede procesar la solicitud porque no se han proporcionado todos los documentos requeridos, entonces:

- se esperará el pago por la atención brindada.
- se enviará una carta indicando que se denegó la solicitud de Community Care. Una vez que HCCH reciba los documentos requeridos, se volverá a procesar la solicitud..

El abajo firmante recibirá estados de cuenta sobre el saldo actual hasta que se procese la solicitud.

- Si se aprueba la solicitud para asistencia completa, se basará en el saldo actual.
- Si no se aprueba la solicitud de asistencia completa, se espera el pago puntual. Se puede establecer un plan de pago si un Paciente no puede pagar las facturas en su totalidad.

El abajo firmante ha sido informado que las facturas impagas de hospitales o clínicas médicas serán enviadas a una Edadncy de cobranza después de 120 días. La falta de pago de la cantidad acordada puede resultar en la pérdida de toda la asistencia financi

Firma del Paciente

Fecha

Firma de la parte responsable o del cónyuge

Fecha

Envíe la Solicitud de Atención Comunitaria a:

Cuentas de pacientes, Hospital Comunitario del Condado de Harrison, 2600 Miller St., Bethany, MO 64424



Community Care Application

Patient Name _____

Account Number (s): _____

2026 Poverty Guidelines:

Persons in Family/Household	100%	110%	120%	130%	140%	150%	160%	170%	180%	190%	200%	>200%
1	\$15,960	\$17,556	\$19,152	\$20,748	\$22,344	\$23,940	\$25,536	\$27,132	\$28,728	\$30,324	\$31,920	\$31,300 +
2	\$21,640	\$23,804	\$25,968	\$28,132	\$30,296	\$32,460	\$34,624	\$36,788	\$38,952	\$41,116	\$43,280	\$42,300 +
3	\$27,320	\$30,052	\$32,784	\$35,516	\$38,248	\$40,980	\$43,712	\$46,444	\$49,176	\$51,908	\$54,640	\$53,300 +
4	\$33,000	\$36,300	\$39,600	\$42,900	\$46,200	\$49,500	\$52,800	\$56,100	\$59,400	\$62,700	\$66,000	\$64,300 +
5	\$38,680	\$42,548	\$46,416	\$50,284	\$54,152	\$58,020	\$61,888	\$65,756	\$69,624	\$73,492	\$77,360	\$75,300 +
6	\$44,360	\$48,796	\$53,232	\$57,668	\$62,104	\$66,540	\$70,976	\$75,412	\$79,848	\$84,284	\$88,720	\$86,300 +
7	\$50,040	\$55,044	\$60,048	\$65,052	\$70,056	\$75,060	\$80,064	\$85,068	\$90,072	\$95,076	\$100,080	\$97,300 +
8	\$55,720	\$61,292	\$66,864	\$72,436	\$78,008	\$83,580	\$89,152	\$94,724	\$100,296	\$105,868	\$111,440	\$108,300 +
DISCOUNT	100%	90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%	15%	10%	0%

2026 Poverty Guidelines
For families/households with more than 8 persons, add \$5,680 for each additional person.

The applicant is eligible for Community Care of _____% Amount of discount \$ _____

The applicant is not eligible for a Community Care Discount

Self Pay Patients

Patient approved for Medicaid Approval date _____ Proof of Medicaid application submission

Patient has pending Medicaid application Date of Medicaid application _____ Proof of Medicaid denial attached

Medicaid denied Date of denial _____

_____ Date

_____ Authorized HCCH Signature