Harrison County Community Hospital HCCH

Solicitud de Atención

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?** ❑ Sí ❑ No
¿Presentó impuestos federales sobre la renta el año pasado? ❑ Sí ❑ No	**¿La atención médica fue resultado de un delito?** ❑ Sí ❑ No *Si Sí, fecha del delito (mm/dd/aa)*: _____ Describa el crimen:
¿La atención médica fue el resultado de un accidente? ❑ Sí ❑ No *Si Sí, fecha del accidente (mm/dd/aa):*_____ Describa el accidente:	**Marque cualquiera de los siguientes que reciba:** ❑ Ingreso por discapacidad ❑ Beneficios de Medicare ❑ Otras ayudas gubernamentales (asistencia alimentaria, etc.)
¿Alguien en su hogar opera su propio negocio, o alguien trabaja por cuenta propia? ❑ Sí ❑ No	

Enumere todas las personas que viven en el hogar.

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)	Edad	Relación

Harrison County Community Hospital HCCH

Solicitud de Atención

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	❑	❑	❑		
Cuenta de ahorros	❑	❑	❑		
Certificados de depósito	❑	❑	❑		
IRA	❑	❑	❑		
401(K)	❑	❑	❑		
Acciones/Bonos	❑	❑	❑		
Los fondos de inversión	❑	❑	❑		

Cuenta de Ahorro de Salud	❑ ❑ ❑		
Seguro de vida con valor en efectivo	❑ ❑ ❑		

Harrison County Community Hospital HCCH

Solicitud de Atención

COBERTURA DE SEGURO MÉDICO

Para Cuentas en el Hospital

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

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)

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 comunique 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

2024 Pautas de Pobreza:

Personas en Familia/Hogar	100% Pobreza	110% Pobreza	120% Pobreza	130% Pobreza	140% Pobreza	150% Pobreza	160% Pobreza	170% Pobreza	180% Pobreza	190% Pobreza	200% Pobreza	>200% Pobreza
1	$14,580	$16,038	$17,496	$18,954	$20,412	$21,870	$23,328	$24,786	$26,244	$27,702	$29,160	$27,180+
2	$19,720	$21,692	$23,664	$25,636	$27,608	$29,580	$31,552	$33,524	$35,496	$37,468	$39,440	$36,620 +
3	$24,860	$27,346	$29,832	$32,318	$34,804	$37,290	$39,776	$42,262	$44,748	$47,234	$49,720	$46,060 +
4	$30,000	$33,000	$36,000	$39,000	$42,000	$45,000	$48,000	$51,000	$54,000	$57,000	$60,000	$55,500+
5	$35,140	$38,654	$42,168	$45,682	$49,196	$52,710	$56,224	$59,738	$63,252	$66,766	$70,280	$64,940+
6	$40,280	$44,308	$48,336	$52,364	$56,392	$60,420	$64,448	$68,476	$72,504	$76,532	$80,560	$74,380+
7	$45,420	$49,962	$54,504	$59,046	$63,588	$68,130	$72,672	$77,214	$81,756	$86,298	$90,840	$83,820+
8	$50,560	$55,616	$60,672	$65,728	$70,784	$75,840	$80,896	$85,952	$91,008	$96,064	$101,120	$93,260+
Descuento	**100%**	**90%**	**80%**	**70%**	**60%**	**50%**	**40%**	**30%**	**20%**	**15%**	**10%**	**0%**

Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue $5,140 por cada persona adicional.