

**UNIVERSITY OF ROCHESTER MEDICAL CENTER
STRONG MEMORIAL HOSPITAL
Solicitud de Cuidado Caritativo**

Solicitud completada por: _____ Fecha: ____/____/____

Complete la línea con **N/A** si no se aplica

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento.: ____/____/____
 Nombre del garante: _____
 Nombre del cónyuge del garante.: _____
 Dir. del garante: _____ N° teléfono: Casa: () _____
 Trabajo: () _____
 Empleado del garante: _____ Salario: \$ _____ cada _____
 Empleado del cónyuge: _____ Salario: \$ _____ cada _____
 Número de personas en la familia _____
 Otros ingresos incluido el pago de Mantenimiento de hijos: \$ _____ De: _____

Declaración sobre Medicaid	[Marque las casillas que corresponden. Adjunte copias de los avisos de DSS incluya los anexos.]
	1. Yo/Nosotros (<input type="checkbox"/> hemos / <input type="checkbox"/> no hemos) solicitado Medicaid para cubrir estos servicios. Si no, explique la razón: _____
	2. Yo/Nosotros (<input type="checkbox"/> hemos / <input type="checkbox"/> no hemos) sido rechazado(s) por Medicaid. Razón del rechazo: Incluya una copia _____
	3. Yo/Nosotros (<input type="checkbox"/> hemos / <input type="checkbox"/> no hemos) sido rechazado(s) por <i>Child Health Plus</i> o <i>Family Health Plus</i> Razón del rechazo: Incluya una copia _____
	4. Yo/Nosotros recibimos la aprobación de Medicaid, pero con un gasto mensual de \$ _____

Si esta solicitud es para personas de su familia además del paciente, liste todos los que viven con usted (incluso si no están solicitando Cuidado Caritativo en este momento. Use una hoja adicional si es necesario).

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Relación con usted	N° de Seguro Social	Seguro médico

El Programa de Cuidado Caritativo de Strong Health ayuda a aquellas personas que no pueden pagar todas sus facturas médicas. Usted puede ser elegible para recibir descuentos en su cuidado médico a través del Programa de Cuidado Caritativo si:

- No tiene seguro médico
- Su Seguro médico no cubre todos los cuidados médicos que usted necesita
- No es elegible para Medicaid u otro tipo de seguro
- Cumple con el criterio financiero

Yo entiendo que esta solicitud de Cuidado Caritativo es confidencial y será utilizada para determinar mi elegibilidad para servicios sin compensación bajo las directrices del Cuidado Caritativo establecidas por Strong Memorial Hospital. Si cualquiera de la información que se ha provisto resulta ser no verdadera, Yo entiendo que Strong Memorial Hospital podrá re-evaluar mi estado financiero y tomar la acción que considere adecuada.

Firma de la persona responsable: _____
 Fecha: _____

Dé vuelta el formulario, complete lo que figura al dorso y envíelo.

Envío del
Formulario

POR FAVOR PROVEA COPIAS DE LOS DOCUMENTOS SIGUIENTES:

- Salario/Comprobantes de pago de los últimos 90 días
- Declaración de impuestos completa del año anterior
- Copia de las notas de rechazo de Seguro médico/Medicaid

ENVÍELO A:

**Charity Care Officer
Strong Memorial Hospital
601 Elmwood Avenue - Box 888
Rochester, NY 14642**

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario,
Me puede llamar al (585) 784-8889 o (800) 257-7049

Le agradecemos su cooperación.

Las directrices de ingreso siguientes ayudarán a determinar si usted es elegible para el programa de Cuidado Caritativo de Strong Memorial Hospital. Le proporcionamos esta información con el propósito de que usted pueda determinar si usted y los miembros de su hogar pueden ser elegibles para este programa. Si tiene dudas, o si han ocurrido circunstancias atenuantes, lo alentamos a que envíe esta solicitud para que la consideremos. Quizás existan otras opciones de pago disponibles, incluso si usted piensa que su familia no cumple los requisitos para el Cuidado Caritativo. Después de completar y enviar la solicitud, puede despreocuparse de las facturas mientras esta solicitud está siendo evaluada. (Las directrices siguientes son efectivas a partir de 01/26/2009 Para fechas de servicio anteriores, posiblemente se aplican directrices diferentes).

Programa de CC para 2008

% de asignación de Cuidado Caritativo	Tamaño de la familia Limite del nivel de pobreza federal – Anual Mensual	% del nivel de pobreza federal	Una persona	Dos personas	Tres personas	Cuatro personas	Cinco personas	Seis personas
			\$10,830	\$14,570	\$18,310	\$22,050	\$25,790	\$29,530
			903	1214	1526	1838	2149	2461
100%	hasta 200%		21,660	29,140	36,620	44,100	51,580	59,060
			1805	2428	3052	3675	4298	4922
80%	201 - 250%		27,075	36,425	45,775	55,125	64,475	73,825
			2256	3035	3815	4594	5373	6152
60%	251 - 300%		32,490	43,710	54,930	66,150	77,370	88,590
			2708	3643	4578	5513	6448	7383
40%	301 -350%		37,905	50,995	64,085	77,175	90,265	103,355
			3159	4250	5340	6431	7522	8613
20%	351 - 400%		43,320	58,280	73,240	88,200	103,160	118,120
			3610	4857	6103	7350	8597	9843
0	más de 401%							

For Office Use Only:

Date Received in PAO: ____/____/____

By: _____

Approved By: _____

Rejected By: _____

Reason: _____

Applicant advised on ____/____/____ by [] phone [] letter [] in person.

An account for \$ _____ for _____ payments established.