

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

Solicitud completada por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Complete la línea con **N/A** si no es aplicable MRN (For Office use Only) \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ingresos: \$ \_\_\_\_\_ cada \_\_\_\_\_  
Ingresos: \$ \_\_\_\_\_ cada \_\_\_\_\_  
Nombre del conyugue/padres \_\_\_\_\_ Tipo de ingresos \_\_\_\_\_  
Teléfono #: Hogar; ( ) \_\_\_\_\_ Ciudadanía (por favor indique)  
Persona responsable: \_\_\_\_\_ Ciudadano estadounidense \_\_\_\_\_  
Compañía de trabajo: \_\_\_\_\_ Inmigrante/sin ciudadanía \_\_\_\_\_  
Compañía de trabajo del conyugue: \_\_\_\_\_ Titular de visa no inmigrante \_\_\_\_\_  
Numero de miembros en la familia: \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Otros ingresos incluyendo: SSI (subsidio de Seguro Social) / Seguro Social / Pagos de Sustento de Menores:  
¿Quién recibe los ingresos? \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_\_ Sueldo bruto \$: \_\_\_\_\_ cada \_\_\_\_\_  
Gastos de guardería por cada niño: \_\_\_\_\_ Cantidad pagada \$: \_\_\_\_\_ cada \_\_\_\_\_

Por favor liste todos los miembros de la unidad familiar, incluya a los niños menores de 21 años de edad (aunque no estén solicitando Cuidado Caritativo en este momento. Utilice una hoja adicional si es necesario).

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Relación/parentesco	Seguro Medico/Costo	Ciudadanía

<b>Declaración sobre Medicaid</b>	<b>[Por favor indique la declaración correspondiente. Adjunte fotocopias de la notificación de DSS incluya los anexos.]</b>
	1. Yo/Nosotros ([ ] <b>he/hemos</b> / [ ] <b>no he/hemos</b> ) solicitado Medicaid para cubrir estos servicios. Si no, por favor explique la razón: _____
	2. Yo/Nosotros ([ ] <b>he/hemos</b> / [ ] <b>no he/hemos</b> ) sido rechazado(s) por Medicaid. Razón del rechazo: Incluya una fotocopia _____
	3. Yo/Nosotros ([ ] <b>he/hemos</b> / [ ] <b>no he/hemos</b> ) sido rechazado(s) por <i>Child Health Plus</i> o <i>Family Health Plus</i> _____
	4. Yo/Nosotros he recibido/hemos recibido la aprobación de Medicaid, pero con un deducible mensual de \$ _____

El Programa de Cuidado Caritativo de Strong Health ayuda a aquellas personas que no pueden pagar todas sus facturas médicas. Usted podría reunir los requisitos 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 reúne los requisitos de Medicaid u otro tipo de seguro
- Cumple con los requisitos financieros

Yo entiendo que esta solicitud de Cuidado Caritativo es confidencial y se utilizará para determinar si reúno los requisitos para servicios no compensados bajo las directrices del Cuidado Caritativo establecidas por Strong Memorial Hospital. Si cualquier información proveída 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 parte responsable: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**Dé vuelta el formulario, complete al dorso y envíelo.**

**Envío del  
Formulario**

**POR FAVOR PROVEA FOTOCOPIAS DE LOS SIQUIENTES DOCUMENTOS:**

- De los tres mas recientes talonarios consecutivos
- Declaración/Planillas de Impuestos Federales que indique el ingreso bruto ajustado (Esto no se requiere, pero provechoso en la fabricación de una determinación de su uso)
- Fotocopias de las notificaciones de rechazo del seguro médico/Medicaid

**ENVÍESE A:**

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

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

***Le agradecemos su cooperación.***

Las directrices de ingreso siguientes le ayudarán determinar si usted reúne los requisitos para el programa de Cuidado Caritativo de Strong Memorial Hospital. Se le proporciona esta información para permitirle poder determinar si usted y los miembros de su hogar reúnen los requisitos de este programa. Si tiene dudas, o si han ocurrido circunstancias atenuantes, le alentamos de presentar la solicitud para su consideración. Tal vez existan otras opciones de pago, incluso aun si usted piensa que su familia no reúnan los requisitos para el Cuidado Caritativo. Una vez se presente la solicitud, se pueden ignorar las facturas mientras la solicitud esté bajo evaluación. Después de que una aplicación completada haya sido sometida, las cuentas pueden ser desatendidas mientras esa aplicación es revisada. Durante la revisión de una aplicación completada, las cuentas no serán adelantadas a una agencia de la colección. Si su aplicación es rechazada, el hospital le dirá por qué por escrito y le proporcionará con una manera de apelar esta decisión a un nivel más alto dentro del hospital.

**(Las directrices siguientes toman vigencia a partir de 01/28/2014)**

CC% Allowance	Household Size	% of FPL	One Person	Two Person	Three Person	Four Person	Five Person	Six Person
	<b>FPL -Annual Gross Income</b>		11,670	15,730	19,790	23,850	27,910	31,970
	<b>Monthly Gross Income</b>		973	1,311	1,649	1,988	2,326	2,664
100%		up to 200%	23,340	31,460	39,580	47,700	55,820	63,940
			1,945	2,622	3,298	3,975	4,652	5,328
80%		201 – 250%	29,175	39,325	49,475	59,625	69,775	79,925
			2,431	3,277	4,123	4,969	5,815	6,660
60%		251 – 300%	35,010	47,190	59,370	71,550	83,730	95,910
			2,918	3,933	4,948	5,963	6,978	7,993
40%		301 -350%	40,845	55,055	69,265	83,475	97,685	111,895
			3,404	4,588	5,772	6,956	8,140	9,325
20%		351 - 400%	46,680	62,920	79,160	95,400	111,640	127,880
			3,890	5,243	6,597	7,950	9,303	10,657
0		over 401%						
Each additional 4060								

**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.**