

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: _____
 Dirección: _____

Nombre del conyuge/padres _____
 Teléfono #: Hogar; () _____
 Persona responsable: _____
 Compañía de trabajo: _____
 Compañía de trabajo del conyuge: _____
 Numero de miembros en la familia: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
 Ingresos: \$ _____ cada _____
 Ingresos: \$ _____ cada _____
 Tipo de ingresos _____

Ciudadanía (por favor indique)
 Ciudadano estadounidense _____
 Inmigrante/sin ciudadanía _____
 Titular de visa no inmigrante _____
 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

Declaración sobre Medicaid	<p>[Por favor indique la declaración correspondiente. Adjunte fotocopias de la notificación de DSS incluya los anexos.]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Yo/Nosotros (<input type="checkbox"/> he/hemos/ <input type="checkbox"/> no he/hemos) solicitado Medicaid para cubrir estos servicios. Si no, por favor explique la razón: _____ 2. Yo/Nosotros (<input type="checkbox"/> he/hemos/ <input type="checkbox"/> no he/hemos) sido rechazado(s) por Medicaid. Razón del rechazo: Incluya una fotocopia _____ 3. Yo/Nosotros (<input type="checkbox"/> he/hemos/ <input type="checkbox"/> no he/hemos) sido rechazado(s) por Child Health Plus o Family Health Plus _____ 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	<p>POR FAVOR PROVEA FOTOCOPIAS DE LOS Siguientes DOCUMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De los tres más 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 <p>ENVÍESE A: Charity Care Officer Strong Memorial Hospital Patient Financial Services 601 Elmwood Avenue - Box 888 Rochester, NY 14642</p> <p>Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, Se puede contactarme al (585) 784-8889 o (800) 257-7049</p>
----------------------	---

Le agradecemos su cooperación.

Las directrices de ingreso siguientes le ayudarán a 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
	FPL -Annual Gross Income		11,670	15,730	19,790	23,850	27,910	31,970
	Monthly Gross Income		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
		201 – 250%	1,945	2,622	3,298	3,975	4,652	5,328
80%		251 – 300%	29,175	39,325	49,475	59,625	69,775	79,925
		301 -350%	2,431	3,277	4,123	4,969	5,815	6,660
60%		351 - 400%	35,010	47,190	59,370	71,550	83,730	95,910
		401%	2,918	3,933	4,948	5,963	6,978	7,993
40%			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%			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.