PIONEER MEMORIAL
HOSPITAL & HEALTH SERVICES

Solicitud de Ayuda Económica

315 N. Washington
PO Box 368
Viborg, SD 57070-0368
605-326-5161 Fax: 605-326-5734
www.pioneermemorial.org

Pioneer Memorial Hospital & Health Services (PMH&HS) se dedica a dar atención médica de calidad a nuestros pacientes. Sabemos que el pago de esos servicios puede ser una dificultad económica para usted actualmente. Por eso, le damos la oportunidad de solicitar ayuda económica con nuestro sistema de salud.

Junto con esta carta, encontrará la Solicitud de Ayuda Económica. Debe completar esta solicitud en su totalidad para recibir consideración para la ayuda económica. Si su situación económica cumple con los criterios establecidos por PMH&HS, se le puede perdonar parte o la totalidad del saldo de su cuenta.

El derecho a solicitar la consideración de ayuda económica comienza en la fecha del servicio y se extiende hasta el día 240 después de que se envía el primer estado de cuenta al paciente o al garante.
Sin embargo, recomendamos a los pacientes y garantes que presenten su Solicitud de Ayuda Económica lo antes posible.

Para procesar esta solicitud, necesitamos:

* **El formulario adjunto completo**
* **Pruebas de todos los ingresos (es decir, los 2 últimos recibos de pago de cada asalariado, SS, SSI, SSDI, Asistencia Pública, Jubilación, pensión, beneficios de VA, indemnización por desempleo, indemnización por accidentes de trabajo, manutención infantil, pensión alimenticia u otros)**
* **Copia de su declaración de impuestos más reciente, incluyendo todos los anexos aplicables**
  - **Si trabaja por cuenta propia, incluya el anexo C**
  - **Si es agricultor, incluya el Anexo F**
* **Si su declaración de impuestos más reciente no está disponible, entonces necesitamos uno de estos documentos:**
  - **Carta de asignación del Seguro Social**
  - **Prueba de exención del IRS**

Sabemos que es posible que sus ingresos de registros fiscales anteriores no reflejen adecuadamente sus circunstancias actuales. Si es así, adjunte una breve nota que describa su situación económica actual.

Una vez que hayamos revisado su solicitud, le notificaremos nuestra decisión por escrito dentro de los 30 días posteriores a la recepción de una solicitud completa. Si quiere hablar sobre su cuenta o tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios Económicos para Pacientes al 605-326-5161 interno 3064. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Responda a esta solicitud de información **en un plazo de 30 días**. Puede devolver la solicitud completa a nuestra oficina en persona, por fax al 605-326-5734 o por correo a PMH&HS, Patient Financial Services, PO Box 368, Viborg, SD 57070-0368.

Gracias por hacer negocios con nosotros.

Atentamente,
Departamento de Servicios Económicos para Pacientes
Pioneer Memorial Hospital & Health Services

PIONEER MEMORIAL
HOSPITAL & HEALTH SERVICES

Solicitud de Ayuda Económica

315 N. Washington St.
PO Box 368
Viborg, SD 57070-0368
605-326-5161 Fax: 605-326-5734
www.pioneermemorial.org

Número de cuenta: _____
Fecha de envío: _____
Fecha de devolución: _____

Solicitante				
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo	Número de Seguro social	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono de la casa	Número de celular		Número de teléfono del trabajo	
Estado civil ____Casado ____Soltero ____Divorciado ____Viudo				
Empleador	Ocupación	Salario por hora	Horas trabajadas/semana	Años trabajados

Cónyuge				
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo	Número de Seguro social	Fecha de nacimiento
Número de teléfono de la casa	Número de celular		Número de teléfono del trabajo	
Empleador	Ocupación	Salario por hora	Horas trabajadas/semana	Años trabajados

Nombre todos los dependientes de su grupo familiar: (Use una hoja adicional si es necesario)

Apellido	Nombre Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Número de Seguro social	Relación con el solicitante
1)				
2)				
3)				
4)				

Ingreso: Representa los recibos de efectivo totales de todas las fuentes antes de aplicar impuestos

	Bruto mensual propio		**Bruto mensual del cónyuge**
Remuneración laboral o salario bruto		Remuneración laboral o salario bruto	
Trabajos de tiempo parcial		Trabajos de tiempo parcial	
Ingresos de trabajo por cuenta propia		Ingresos de trabajo por cuenta propia	
Seguro social/Discapacidad		Seguro social/Discapacidad	
Jubilación (todas las fuentes)		Jubilación (todas las fuentes)	
Pensión de veteranos		Pensión de veteranos	
Indemnización por desempleo		Indemnización por desempleo	
Indemnización por accidentes de trabajo		Indemnización por accidentes de trabajo	
Beneficios sindicales		Beneficios sindicales	
Manutención infantil/pensión alimenticia		Manutención infantil/pensión alimenticia	
TOTAL		**TOTAL**	
TOTAL DE INGRESOS BRUTOS MENSUALES COMBINADOS			

Gastos mensuales:

	Cantidades mensuales		**Cantidades mensuales**
Pago de la casa		Electricidad	
Alquiler		Calefacción	
Impuestos a la propiedad		Agua y alcantarillado	
Seguro de propiedad		Recolección de basura	
Pago del vehículo		Teléfono/Celular	
Seguro de vehículo		Cable	
Gasto de transporte/auto		Internet	
Préstamos bancarios		Comida	
Tarjetas de crédito		Cuidado infantil/Guardería	
Seguro médico/dental		Gasto de manutención infantil	
Seguro de vida		Otro:	
Medicamentos/Recetas		Otro:	
		GASTOS MENSUALES TOTALES	

¿Cuánto de su factura de PMH&HS está pagando o puede pagar por mes? _____

Información adicional:

¿Alguna vez se declaró en bancarrota? _____ No _____ Sí Fecha de presentación: _____ Fecha de descarga: _____

Tipo de bancarrota: _____ Capítulo 7 _____ Capítulo 13

¿Tiene sentencias o retenciones en su contra? _____ No _____ Sí

En caso afirmativo, anote la fecha y los motivos: _____

Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez recibió algún beneficio como pago de asistencia social, cupones de comida, Medicaid, ayuda de emergencia para el pago de la electricidad, ayuda del condado para los pobres, etc.? _____ No _____ Sí (indique abajo los beneficios recibidos)

_____

_____

FACTURAS MÉDICAS:

¿Cuál es la cantidad aproximada de facturas de PMH&HS que debe (incluyendo hospital y clínica)? _____

¿Cuál es la cantidad aproximada de otras facturas médicas (no relacionadas con PMH&HS) que debe? _____

Cobertura de seguro primario: _____ Núm. de ID _____

Cobertura de seguro secundario: _____ Núm. de ID _____

OTRAS OBSERVACIONES:

Anote cualquier información adicional que quiere que consideremos con su solicitud.

_____

_____

_____

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

____ Prueba de todos los ingresos: (es decir, 2 recibos de pago de cada asalariado, SS, SSI, SSDI, asistencia pública, jubilación, pensión, beneficios para veteranos, indemnización por desempleo, indemnización por accidentes de trabajo, manutención infantil, pensión alimenticia u otros)

____ Copia de su declaración de impuestos 1040 más reciente, incluyendo todos los anexos aplicables.

CESIÓN DE DERECHOS (Lea atentamente)

- Al firmar abajo, certifico que la información y las declaraciones en esta Solicitud de Ayuda Económica y la la documentación que presento es precisa, verdadera y correcta según mi leal saber y entender.
- Entiendo que PMH&HS puede hacer solicitudes razonables de información adicional y verificación si es necesario.
- Entiendo que PMH&HS mantendrá la confidencialidad de la información y las declaraciones que di.
- Entiendo que completar esta solicitud permitirá a PMH&HS considerar mis circunstancias.
- Entiendo que PMH&HS no declara que la ayuda económica está garantizada.

Por la presente certificamos que la información de arriba es correcta y los autorizamos voluntariamente a obtener información crediticia de nosotros.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY: Approved _____ Denied _____

Comments _____

_____

Signature _____Date _____

Signature _____Date _____

Signature _____Date _____