

Requisitos para aplicar al programa de asistencia de
Alivio Para Personas No Asegurados

Se necesita la siguiente documentación para poder procesar la aplicación de alivio para personas no aseguradas de Harrington Hospital. Envíe su aplicación completada, con archivos adjuntos, a la dirección postal anteriormente, a la atención del Departamento de Crédito. Solicitud y documentación deben ser recibidos dentro de 9 meses desde la fecha de servicio. Fechas de servicio más allá de 9 meses no son elegibles para consideración dentro de este programa.

- 1) Prueba de ingresos de la familia actual que se aplica a usted:
 - Anterior años regresa federal y estatal /Tax Returns (Trabajadores por cuenta propia)
 - cheques de beneficios de desempleo
 - 2 talones de pago más recientes
 - Carta de Beneficio de Seguro Social Beneficio (retirado)
 - talón de cheque de Pensión (jubilado o pensión colección)
 - 2 cheques más recientes - para manutención de los hijos (child support), alimony, etc.

- 2) La identificación de todos los miembros de la familia mayores de 18 años:
 - Licencia de conducir o permiso de aprendizaje
 - Pasaporte
 - Identificación con foto

- 3) Prueba de dependientes menores de 18 años:
 - Certificado de nacimiento

Por favor, envíe únicamente copias. Copias proporcionadas no serán devueltas y permanecerán en los archivos como adjuntos a su solicitud.

Tras la presentación de su solicitud, por favor espere 30 días para su procesamiento. Sólo se procesarán las solicitudes completas. La elegibilidad se basa en la información de ingresos que usted proporciona. Ingreso sobre el nivel de ingresos puede conducir a una denegación que se comunicará dentro de los 30 días. Usted puede llamar a nuestra oficina para averiguar los límites de ingresos para este programa.

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, puedes contactar un consejero financiero del
Hospital de Harrington llamando al **(508) 765-3180**
Lunes a viernes 7:30 am – 4:00 pm

Solicitud de Alivio Para Personas No Asegurados

Apellido:		Primer nombre:		Teléfono #:
Calle:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Facturas - Lista para cual estás haciendo esta aplicación. (Por favor, utilice el reverso de esta solicitud para cuentas adicional)				
Nombre del paciente	Número de cuenta	Fecha de servicio	Cargos \$	
Ingreso del Trabajo - (Adjunte la documentación de apoyo)				
Nombre de empleado	Nombre de empleador	Salarios / Frecuencia		
		\$	semanal/mensual/anual	
		\$	semanal/mensual/anual	
		\$	semanal/mensual/anual	
Los ingresos mensual, no derivado del trabajo - (Adjunte la documentación de apoyo)				
Seguro Social: \$		Discapacidad: \$		
Compensación por desempleo: \$		Worker's Compensation: \$		
Fecha desde:	hasta:	Fecha desde:	hasta:	
Pensión o Beneficio de Veteranos: \$		Alimony/Child Support: \$		
Otro ingreso: \$	Fuente:			
Dependientes: Lista de miembros de familia/otros individuos soportados financieramente por usted y que viven con usted:				
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	# de Seguro Social	

ASIGNACIÓN DE DERECHOS

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE Y FIRME:

Autorizo a mi empleador y mi compañía de seguros de salud para dar esta información del hospital sobre la renta, las primas de seguro de salud, coseguro, copagos, deducibles y beneficios cubiertos que tengo.

Si estoy buscando alivio sin seguro debido a un accidente, lesión relacionada con el trabajo, u otro incidente que pueda recibir el dinero, yo pagaré el hospital por los servicios médicos pagados por el Programa de Alivio de personas no asegurados. Le doy a este hospital, el derecho a cobrar los pagos de las aseguradoras para recibir atención médica, según corresponda. Acepto completar una solicitud a través del programa de MassHealth para ser considerado para MassHealth, Care Plus, Health Connector o Health Safety Net.

Aunque soy elegible para el Programa de Alivio de personas no asegurados, estoy de acuerdo de informar este hospital de cualquier cambio en mi situación familiar, incluyendo tamaño de la familia, cambios en los ingresos, y la cobertura de seguro de salud, ya que esto podría cambiar mi elegibilidad para el Programa de Alivio de personas sin seguro.

En cumplimiento con el Código de los Estados Unidos, Título 42, Sección 291e, y los reglamentos de conformidad a la misma yo certifico que la información que he presentado es verdadera y objetiva y que puede ser verificada. También certifico que la documentación de la renta presentada con esta aplicación representa el ingreso total de la familia durante el periodo de tiempo indicado. Entiendo que sin seguro de Socorro es un pagador de último recurso.

HOSPITAL USE ONLY:
Rcvd Date: _____ Rcvd by: _____

Solicitante mayor de 18 años de edad, o Representante Autorizado:

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del solicitante: _____

Facturas - Lista de cuentas adicional para cual estás haciendo esta aplicación.			
Nombre del paciente	Número de cuenta	Fecha de servicio	Cargos \$

Dependientes: Lista de miembros de familia/otros individuos soportados financieramente por usted y que viven con usted:			
Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social