

**UNION GENERAL HOSPITAL
SOLICITUD DE ASISTENCIA DE CARIDAD
ANEXO A**

Complete la siguiente solicitud para determinar su elegibilidad para el Programa de Atención de Caridad de Union General Hospital. El Hospital ayudará a los pacientes a completar una solicitud para beneficios de Medicaid cuando sea aplicable. Si usted no califica para Medicaid, adjunte una copia de su carta de "Aviso de Decisión sobre su Solicitud de Asistencia Médica al Programa de Medicaid. Los pacientes con un seguro comercial pueden aplicar para asistencia de caridad solamente si tienen un deducible pendiente de \$5,000 o más.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar la solicitud, llame a la Oficina de Negocios de Union General Hospital.

Las solicitudes deben ser enviadas al Gerente de la Oficina de Negocios de Union General Hospital.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del Aplicante: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Parroquia de Residencia: _____ (Tiene que ser residente de Union Parish)

Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: _____ Estado Civil: _____

Número de miembros en el hogar: _____

Información de Empleo

Empleador del solicitante (o empleador más reciente)

Empleador del cónyuge (o más reciente)

Nombre del Empleador: _____

Nombre del Empleador: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Teléfono #: _____

Teléfono #: _____

¿Se ha completado una solicitud de Medicaid? _____ (Si el paciente/garante no califica para Medicaid, adjunte una copia de la Carta de Denegación de Medicaid a esta solicitud).

Si el paciente tiene cobertura de Medicaid, ¿los cargos de Medicaid NO CUBIERTOS constituyen el saldo pendiente de la cuenta (s)? _____ (Si la respuesta es SI, no se requiere información de devolución de impuestos).

Proporcione dos (2) W-2 más recientes y el Formulario 1040 de la Declaración del Impuesto sobre la Renta.

¿Información proporcionada? _____

Proporcione prueba de residencia (Al menos una factura reciente de servicios públicos)

¿Información proporcionada? _____

Entiendo que la información que proporciono está sujeta a su verificación por parte de Union General Hospital. Certifico que la información proporcionada como parte de esta Solicitud de Asistencia para Cuidado de Caridad es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma del Aplicante: _____

Fecha: _____

*Asegúrese de incluir toda la información solicitada antes de enviar su solicitud. La aplicación no se procesará si no se incluye toda la información solicitada.

Para uso de Union General Hospital solamente

¿El solicitante califica para recibir Asistencia para el Cuidado de Caridad? _____

Si la respuesta es SI, \$ saldo de la cuenta del paciente: \$ _____ Cuenta del Paciente: _____

Firma Autorizada de UGH: _____ Fecha: _____