



Owensboro Medical Health System

Instrucciones

Owensboro Sistema Médico de Salud hace cada esfuerzo razonable para ayudar a personas con sus cuentas del hospital cuando ellos o no tener ningún seguro o la izquierda de la cantidad impagados por su seguro crean la dificultad financiera.

Para permitimos revisar su situación, las necesidades encerradas de forma para ser completadas al mejor de su habilidad. Además de la forma, nosotros necesitamos la prueba de ingresos tales como talonarios de paga o una declaraciones de renta. Débale está actualmente sin ingresos por un período de tres meses, nosotros hemos incluido una no certificación de ingresos.

Completando estas formas, usted ayuda el hospital en o reembolso que obtiene de otras fuentes o justifica nuestro extender ayuda financiera a usted.

Si usted nos envía la espalda de la aplicación a nosotros, nuestra dirección es:

Owensboro Medical Health System
P. O. Box 20007
Owensboro, KY 42304-9971

Débale tiene cualquiera pregunta, contacta por favor a un Consejero Financiero por teléfono en (270) 695-7501 o viene por nuestras oficinas localizadas en el primer piso junto a los cajeros. Estamos disponibles de 8 estoy a 4:30 p.m.

**SOLICITUD PARA
EL PROGRAMA DE PARTE DESPROPORCIONADA DEL HOSPITAL
(DSH por sus siglas en Inglés)**

SECCIÓN I. Información Individual

Se requiere la siguiente información para determinar si un individuo que solicita o ya ha recibido servicios del hospital es elegible para el Programa de Parte Desproporcionada del Hospital o debe ser remitido al Departamento para Servicios Basados en la Comunidad (DCBS por sus siglas en Inglés) para que solicite oficialmente para Medicaid o KCHIP. Remitir a todos los niños de 19 años de edad o menos y que no tengan seguro a la oficina de DCBS en el condado de residencia del individuo para una determinación de su elegibilidad para KCHIP.

1. La fecha de hoy: _____
2. Nombre del paciente: _____
3. Dirección postal: _____
4. Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
5. Número de Seguro Social:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
6. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 7. Sexo del paciente: ____
8. Teléfono de casa: _____ 9. Teléfono del trabajo: _____
10. Fecha(s) de servicios por el hospital: ____/____/____ - ____/____/____
11. Casado(a)/Soltero(a): _____ 12. Nombre del cónyuge: _____
13. ¿Está la paciente embarazada? Sí No. Si responde sí, remitir la paciente al Departamento para Servicios Basados en la Comunidad para una determinación de elegibilidad para Medicaid.
14. ¿Es él/ella paciente un residente de Kentucky?
"RESIDENTE" ES DEFINIDO COMO UNA PERSONA QUE ESTÁ VIVIENDO EN KENTUCKY Y QUE NO ESTÁ RECIBIENDO ASISTENCIA PÚBLICA EN OTRO ESTADO.
Sí No

Si la respuesta a la pregunta 14 es sí, ir a la pregunta 15. Si la respuesta a la pregunta 14 es no, informe al paciente que él/ella no satisface los criterios de elegibilidad para DSH y llene completamente la sección V.

15. Escriba el nombre, No. de seguro social, relación, y la edad de cada persona que está viviendo en en el hogar.

Miembros del Hogar

Nombre	Número de Seguro Social	Relación	Edad

16. ¿Tiene el individuo niños dependientes que viven en su hogar? Sí No
- (a) Si la respuesta a la pregunta 16 es SÍ, remilit al individuo a DCBS para Medicaid;
- (b) Si la respuesta a la pregunta 16 es NO, remilit al individuo a DCBS para Medicaid SOLO SI el individuo NO ha recibido una negación de Medicaid en los últimos 30 días; o,
- (c) Si el individuo que no tiene niños menores de 18 años de edad, afirma ser discapacitado, remilit al individuo a la Administración del Seguro Social para solicitar SSI.

17. Información de Ingresos:

Empleador del Paciente/Parte Responsable _____
 Empleador del Cónyuge _____
 Teléfono del Trabajo _____
 Total de Ingreso Bruto Mensual: _____
 Otro Ingreso:
 Desempleo _____
 Seguro Social _____ Compensaciones de los Trabajadores _____
 SSI _____ Otro _____

Total de Ingreso Bruto Mensual de la Unidad Familiar: \$ _____

18. Información de Seguro:

Seguro de Salud/Vida: _____ No. de Teléfono _____
 No. de Póliza _____ No. de Grupo _____
 Portador de la Póliza _____ Relación con el Paciente _____

19. Escriba abajo los recursos contables del paciente. Los recursos contables incluyen: una cuenta de cheques, cuenta de ahorros, acciones, bonos, fondo de inversión mobiliaria, certificados de depósitos, cuenta de mercado de valores.

Recursos Contables

	Nombre del banco	Balanco/Valor
Cuenta de cheques		
Cuenta de ahorros		
Certificados de depósito		
Mercado de valores		
Fondo de inversión mobiliaria		
Acciones		
Bonos		
Otros		

*Total de Facturas de Salud en Deuda: \$ _____

Total de Recursos: \$ _____

*Nota: LOS RECURSOS CONTABLES SERÁN REDUCIDOS POR GASTOS MEDICOS DE LA UNIDAD FAMILIAR QUE NO HAN SIDO PAGADOS PARA ESTABLECER ELEGIBILIDAD.

Información Adicional:

¿Fue la fecha de servicio relacionada con un accidente de automóvil? _____

SECCIÓN II. Criterios de Cuidado Indigente del Hospital

- (1) Un individuo tiene que cumplir con todas las condiciones siguientes:
- (a) El individuo es un residente de Kentucky.
 - (b) El individuo no es elegible para Medicaid.
 - (c) El individuo no tiene cobertura por un pagador de tercera parte.
 - (d) El individuo no está en la custodia de una unidad del gobierno que es responsable para la cobertura de sus necesidades de cuidados graves.
 - (e) El individuo cumple con los siguientes criterios de ingreso y recursos:

Tamaño del Hogar	Límite de Recursos	100% del Nivel de Pobreza (Límite de Ingreso Mensual)*	100% del Nivel de Pobreza (Límite de Ingreso Anual)*
1	\$2,000.00	\$908.00	\$10,890.00
2	\$4,000.00	\$1,226.00	\$14,710.00
3	\$4,050.00	\$1,545.00	\$18,530.00
4	\$4,100.00	\$1,863.00	\$22,350.00
5	\$4,150.00	\$2,181.00	\$26,170.00

Añada otros \$3,820.00 para cada persona adicional.

*Nota: Los límites de ingresos serán vigentes a partir del 1 de abril de 2011

- (2) Todos los ingresos de una unidad familiar serán contados y una unidad familiar incluye:
- (a) El individuo;
 - (b) El cónyuge del individuo que vive en el hogar;
 - (c) Uno de los padres o los dos padres de un niño menor de edad, que vive en el hogar;
 - (d) Todos los niños menores de edad que viven en el hogar.
- (3) Miembro(s) del hogar relacionado(s) o no relacionado(s) quienes no pertenecen a ninguno de los grupos mencionados arriba serán considerados una unidad familiar por separado.
- (4) Recursos contables son limitados a dinero en efectivo, cuentas de cheque y cuentas de ahorro, acciones, bonos, certificados de depósito, y cuentas de mercado de valores.
- (5) Los recursos contables pueden ser reducidos por los gastos médicos de la unidad familiar que no han sido pagados para determinar la elegibilidad.

SECCIÓN III. Certificación de Fidelidad de la Información

Por la presente yo accedo suministrar al Hospital toda información necesaria para permitir a ellos determinar mi necesidad de recibir asistencia financiera por servicios de cuidado de salud recibidos. Accedo que se proveerá al hospital con, o el hospital puede obtener todos los documentos necesarios para verificar mis ingresos actuales, mi estado de empleo, y recursos, y que el fallo en la entrega de la información requerida dentro de diez (10) días hábiles es motivo de negación de mi solicitud para asistencia. También accedo notificar al Hospital inmediatamente de cualquier cambio de dirección, número de teléfono, estado de empleo o ingreso.

Estoy de acuerdo en dejar que el representante del Hospital determine mi elegibilidad y que busque asistencia estatal y federal con Medicaid, KCHIP y DSH.

Certifico que la información proveída en esta solicitud es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa o retengo información al aceptar asistencia, puedo ser sujeto a juicio por fraude. Entiendo que tengo el derecho de solicitar una audiencia justa si estoy insatisfecho con cualquier acción tomada acerca de mi solicitud. Entiendo que tengo que comunicarme con el hospital para solicitar una audiencia.

Firma del individuo o Parte Responsable

Fecha

Joint Applicant's Signature

Date

Hospital Employee Signature

Date

¿El individuo parece calificar para Medicaid o KCHIP?

Sí No

Si responde sí, entonces debe remitir al individuo a la oficina de DCBS en el condado donde reside el individuo. El individuo debe llevar una copia de este formulario consigo a la oficina de DCBS.

SECCIÓN IV. Negación de solicitar Medicaid

El individuo o parte interesada firmará abajo si rehúsa solicitar para Medicaid.

Rehúso solicitar para la cobertura de Medicaid o KCHIP. Entiendo que esta negación puede resultar en el envío de facturas a mí por cualquier servicio efectuado.

Firma del individuo o Parte interesada

Fecha

SECCIÓN V. Negación de Cuidado

Indigente

El individuo no satisface los criterios para el cuidado indigente. El individuo puede solicitar una audiencia justa relacionada con esta determinación dentro de 30 días de esta determinación. El hospital conducirá una audiencia justa dentro de 30 días del recibo de la solicitud del individuo para una audiencia.

Firma del Empleado del Hospital

Fecha

**MANTENGA UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD EN LOS
REGISTROS DEL PACIENTE.
ESTA DETERMINACIÓN ES VÁLIDA POR UN PERÍODO DE SEIS MESES A MENOS QUE LA
SITUACIÓN FINANCIERA DEL INDIVIDUO CAMBIE.**

ANEXO AL ANÁLISIS FINANCIERO

Número de Seguridad Social del solicitante:

Fecha en la que el solicitante inició su actual puesto de trabajo:

Empresa en la que trabajó anteriormente (en caso de que lleve menos de un año en el puesto actual):

Fecha en la que el cónyuge del solicitante inició su actual puesto de trabajo: _____

Empresa en la que el cónyuge trabajó anteriormente (en caso de que lleve menos de un año en el puesto actual):

Propiedad

Descripción	Valor	Cantidad pendiente de pago	Residencia principal
			Si

Vehículos

Descripción	Año de fabricación del modelo	Valor	Cantidad pendiente de pago

Soy consciente de que, con el fin de procesar la solicitud, es posible que se requiera la verificación de ingresos, comprobantes de cheques recientes, una solicitud completada, la derivación a Medicaid en caso de tener derecho a recibir ayuda económica así como, si se solicitara, la verificación de gastos.

Decisión de la agencia de Medicaid en cuanto a la recepción de ayuda económica: Si () No () Fecha _____

Por la presente autorizo a mi empleador o a mi representante a proporcionar toda la información financiera necesaria para procesar esta solicitud y declaro que una fotocopia o fax tiene el mismo valor que el original.

For Hospital Employee only:

_____ Indigent Care

The individual(s) does meet the criteria for Owensboro Medical Health System's indigent care policy at _____%.

_____ Indigent Care

The individual(s) does not meet the criteria for Owensboro Medical Health System's indigent care policy.

Supervisor Signature

Date



Owensboro Medical Health System

PO Box 20007
Owensboro, KY 42304

Patient Name _____

Account number _____

MONTHLY EXPENSES

Mortgage/Rent _____

Utilities _____

Food/Personal Expenses _____

Telephone _____

Finance Company _____

Credit Union/Credit Cards _____

Auto Loans _____

Insurance Premiums (Auto/Health/Dental/Life/Home/Disability) _____

Property Taxes (Home/Auto/Land/Boat) _____

Other _____

Medical Bills _____

Hospitals _____

Doctors _____

Medications _____

Total Monthly Expenses _____

QUEENSBORO MEDICAL HEALTH SYSTEMS

Fecha: _____

Estimado:

Queríamos tratar y ayudarlo con su cuenta aquí. En la orden para nosotros hacer eso, la prueba de ingresos brutos totales de familia se requiere. Si no hay los ingresos, como usted indicó en su aplicación, llena por favor esta forma y lo vuelve a nuestra oficina dentro de 7 días. Necesitaremos su firma así como una firma de la verificación de un amigo, el ministro o su médico. Su testigo debe suministrar su número de teléfono.

1. ¿Vive el paciente con o con el alquiler & son pagados utilities por?

¿La relación al paciente?

2. ¿Las necesidades del paciente tales como alimento & la ropa es pagada por?

¿La relación al paciente?

3. ¿Ha estado el paciente sin ingresos desde que?

¿Continuará el paciente para estar sin ingresos hasta que?

Explique por qué paciente no trabaja.

4. ¿Si es incapacitado paciente, la él/ella solicitó la incapacidad La posición de esa aplicación es?

La NOTA: Si paciente está apagado del trabajo debido a la enfermedad o la cirugía, la él/ella necesitará someterse una declaración de doctor, además de esta carta, indicando a él/ella cuán larga estará apagado, junto con talonarios de cheques de los últimos tres meses el paciente trabajado. Si usted tiene cualquiera pregunta, usted me puede llamar en 688-3903 entre las horas de 8:00 soy y 4:30 p.m. El lunes por el viernes.

Sinceramente,

Consejero financiero

Firma de paciente _____

Firma de testigo _____

El número de teléfono de testigo _____