

Formulario de evaluación de asistencia financiera de COH Atlanta

Como parte de nuestro compromiso de servir a la comunidad, COH elige proporcionar asistencia financiera a los pacientes que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente y cumplen con ciertos requisitos.

La asistencia financiera no se considera un sustituto de la responsabilidad personal, y se espera que las familias de los pacientes cooperen proporcionando información completa y precisa para que COH pueda determinar la elegibilidad del paciente para nuestro programa de asistencia financiera, y contribuir al costo de la atención del paciente según su capacidad individual de pago.

A las personas que sean elegibles para solicitar asistencia pública, así como a aquellas que tengan la capacidad de comprar un seguro de salud, se les alentará a hacerlo como un medio para garantizar el acceso a los servicios de atención médica.

Para determinar si un paciente califica para asistencia financiera, necesitamos obtener cierta información financiera. Su cooperación nos permitirá considerar debidamente su solicitud de asistencia financiera.

Información del solicitante

Nombre completo: _____

Apellido _____ *Primer nombre* _____ *Inicial del segundo nombre* _____ *Fecha de nacimiento* _____

Dirección: _____

Calle _____ *N.º de departamento/unidad* _____

Ciudad _____ *Estado* _____ *Código postal* _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

N.º de historial clínico: _____ N.º de Seguro Social: _____ Ingresos familiares anuales: _____

¿Empleado? Sí / No

Información del empleador: _____

¿Tiene el paciente seguro médico? Sí / No

¿Ha solicitado el paciente Medicaid? Sí / No la respuesta es Sí, fecha de solicitud del paciente: _____

¿Tiene el paciente discapacidad del Seguro Social? Sí / No

Información adicional: _____

Información de dependientes

Cantidad de dependientes: _____ Edades: _____

Información del cónyuge/pareja/garante

Cónyuge/pareja/garante: Sí / No Empleado: Sí / No

Nombre: _____ Empleador: _____

Parentesco: _____ Correo electrónico: _____

Descargo de responsabilidad y firma

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Comprendo que la información que envío está sujeta a verificación, incluyendo el uso de programas de validación de terceros, y está sujeta a revisión por parte de agencias federales y/o estatales y otros según sea necesario y que en cualquier momento durante el proceso de solicitud se puede solicitar información adicional. Comprendo que si alguna información que he proporcionado demuestra ser falsa, City of Hope volverá a evaluar mi estado financiero y cualquier asistencia otorgada puede revertirse y seré responsable del pago de cualquier saldo. Cualquier aprobación de asistencia financiera tendrá vigencia durante un máximo de 6 meses. Se requerirá una nueva solicitud para volver a determinar su elegibilidad para la asistencia financiera después del período de aprobación de 6 meses.

Firma: _____ Fecha: _____

Información adicional

Los formularios completados pueden ser:

- Firmados y enviados electrónicamente

cualquiera de los siguientes

1. Enviados por correo electrónico a PtAcctsFinancialHardshipTeam@coh.org _____
2. Devueltos a los asesores financieros del hospital
3. Enviados por correo a:
COH - Patient Accounts
2610 Sheridan Road
Zion, IL 60099

- El COH se reserva el derecho de revisar un informe de crédito para usted y su cónyuge, según sea necesario.
- El COH puede solicitar documentación adicional, incluyendo, entre otros, W2, declaración de impuestos más reciente, declaración del Seguro Social, cambios en la prueba de vida, etc.
- El COH puede revisar las cuentas mantenidas para los pagos pendientes del seguro que se hayan enviado al miembro.

Una vez que se reciba toda la información, el COH responderá en un plazo de 30 días a su solicitud de asistencia financiera. Si necesitamos información adicional para procesar su solicitud, nos comunicaremos con usted por teléfono o correo electrónico. Se le notificará por correo de su elegibilidad una vez que se reciba y procese toda la documentación y la solicitud; los procedimientos de recopilación estándar continuarán hasta que se reciba la información completa.

Para conocer el estado o si tiene preguntas, comuníquese con Cuentas de pacientes al 800-677-5545 De lunes a jueves de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. CST o viernes de 8:00 a.m. a 2:00 p.m. CST.