



## Programa de Asistencia Financiera

El Hospital del Condado De Newberry ayuda a pacientes en obtener un pago de proveedores terceros como el Medicaid o Medicare. Si usted es elegible para el Medicaid, y usted no ha iniciado actualmente, nosotros le podremos ayudar aplicar. Tambien ofrecemos asistencia financiera para servicios de atención médica para los que califiquen. Este formulario necesita llenarlo y firmarlo. Nosotros usamos los mismos requisitos de ingresos establecidos por el Departamento de Salud y Servicio Sociales para determinar si usted es elegible para asistencia financiera. Nosotros verificamos sus bienes respecto a su elegibilidad.

### Documentos Necesarios

El Hospital del Condado de Newberry, Programa de Ayuda Financiera puede ser negado si el aplicante no aplica primero para los otros programas si califica, Programas de Ayuda al Publico. Los siguientes documentos tienen que estar pegados a la aplicacion, llena completamente y firmada, de Asistencia Financiera.

Porfavor proporcione toda la informacion puntualmente, para nosotros ayudarle lo mas pronto posible.

Los solicitantes que actualmente reciben SNAP (cupones de alimentos/ Estampias de Comida) califican para ayuda financiera con:

- Una aplicacion de Ayuda Financiera del Hospital del Condado de Newberry llena y firmada
- Una copia del Resumen del Hogar, disponible en la oficina del Departamento de Servicios Sociales
- Una identificación con foto

Todos los demas solicitantes deben proporcionar los siguiente:

- Identificación con foto
- Declaración de impuestos mas reciente
- Copias de sus ultimos cuatro talones de cheques o carta de su Patrono si le pagan en efectivo
- Copia de su factura del banco mas reciente
- Prueba de todos los ingresos que usted recibe; incluyendo pension, seguro social, desempleo, discapacidad, manutencion de hijos y pagos de fomento de cuidados.
- Carta de negacion para ayuda al publico
- Si usted no trabaja y no tiene ingresos, proporcione una carta diciendo quien paga los gastos del hogar.

Usted puede enviar su aplicacion a NCMH, Charity Program, PO Box 497, Newberry, SC 29108.

Si usted tiene algun pregunta sobre el Programa de Ayuda Financiera o cualquier otro programa de asistencia, por favor llame al (803) 405-7669.

### **Newberry Health Financial Assistance Office Use Only**

Date Rec'd: \_\_\_\_\_

Account #'s: \_\_\_\_\_

Total Balance Due: \$ \_\_\_\_\_

Approved: \_\_\_\_\_

Denied for the following reasons: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Formulario de Inscripcion para el Programa de Ayuda Financiera Del Hospital de Newberry**

Porfavor llene esta aplicacion y regresela a la oficina de Ayuda Financiera. Porfavor imprima.

\* Usted aplico recientemente para su Descapacidad or Medicaid?  Si  No Si usted contesto que si, porfavor vaya a la oficina de Ayuda Financiera antes de llenar esta aplicacion.

**1. Informacion del Paciente:**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Estado Civil: Soltero Casado Viudo  
Separado Divorciado

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_ Numero de Telefono \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 Salario Annual \_\_\_\_\_

**2. Informacion del Conyuge:**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Estado Civil: Soltero Casado Viudo  
Separado Divorciado

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_ Numero de Telefono \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 Salario Annual \_\_\_\_\_

**3. Dependientes:** (El numero de personas que usted reclama en su Declaracion de Impuestos)

Numero total de Dependientes 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

**4. Bienes:** Cuenta de Cheques: \_\_\_\_\_ Balance de Cuenta y Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre y Direccion de Institucion \_\_\_\_\_

Ahorros/Mercado Monetario/Cuentas CD: \_\_\_\_\_ Balance de Cuenta y Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre y Direccion de Institucion \_\_\_\_\_

Todo los Vehiculos suyos por Modelo y ano: 1. \_\_\_\_\_ Impuesto Valorado: \$ \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ Impuesto Valorado: \$ \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_ Impuesto Valorado: \$ \_\_\_\_\_  
 4. \_\_\_\_\_ Impuesto Valorado: \$ \_\_\_\_\_

**5. Otro Ingresos Mensuales:** Total de otros ingresos mensuales: \$ \_\_\_\_\_

Usted recibe SNAP/Estampias de Comida? Si / No

Seguro Social \$ \_\_\_\_\_ Cuidado Foster/Manutencion de Hijos/ pensión alimenticia:\$ \_\_\_\_\_ Pensión \$ \_\_\_\_\_ Otro: \$ \_\_\_\_\_

Yo certifico que todo dicho en esta aplicacion y en cualquier papel incluido es verdadero. Al firmar abago, you autorizo que pueden verificar todo mi informacion. Estoy de acuerdo que pueden suplementar mi aplicacion con cualquier circunstancia financiera y le dare cualquier cambio de ingreso. Yo entiendo que yo no puedo aplicar para el programa de Caridad o me pueden retirar del programa, si tengo en reclamo pendiente con mi trabajo (Worker's Comp.), reclamos de Seguro Medico o si mi aplicacion incluye informacion falsa.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_