



# SHERIDAN COUNTY HEALTH COMPLEX

## PAQUETE DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Este paquete se utilizará para determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera. En el paquete se incluye una copia de la política de pago de Sheridan County Health Complex para su revisión.

Complete la solicitud lo mejor que pueda. Si tiene preguntas o inquietudes sobre cualquier área de la solicitud, escriba "N / A" en el espacio. No deje espacios en blanco en la solicitud. Podemos discutir estas áreas de interés más adelante.

La solicitud DEBE devolverse dentro de DOS SEMANAS (14 días) para su procesamiento. Si necesita ayuda para obtener la información requerida, devuelva la solicitud y puedo ayudarlo con los demás documentos, es decir, extractos bancarios, recibos de pago, declaraciones de impuestos, etc.

Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto al proceso de solicitud o necesita ayuda para completar la solicitud, comuníquese con:

Alydia Offutt, Recursos de la Comunidad (785) 677-4172 o email:  
[aoffutt@schcmed.com](mailto:aoffutt@schcmed.com)

¡Gracias por su cooperación y por permitirnos atender sus necesidades de atención médica!



# SHERIDAN COUNTY HEALTH COMPLEX

## PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

El Hospital del Condado de Sheridan, también conocido como Complejo de Salud del Condado de Sheridan (SCHC) ofrece asistencia financiera a los pacientes que cumplen con los criterios de elegibilidad según las Pautas Federales de Nivel de Pobreza.

Sitio web: [www.schcmed.com](http://www.schcmed.com)  
En persona: SCHC Business Office  
Email: [aoffutt@schcmed.com](mailto:aoffutt@schcmed.com)  
Teléfono: (785) 677-4172  
Correo: SCHC FAP APP  
PO BOX 167  
Hoxie, KS 67740

A las personas elegibles del Programa de Asistencia Financiera no se les cobrará más que los montos generalmente facturados por atención de emergencia y medicamento necesaria. La asistencia financiera generará una reducción de cargos de hasta el 80% del monto facturado para quienes califiquen.

De acuerdo con la ley federal, SCHC no discrimina por edad, género, origen étnico o capacidad de pago. SCHC no requerirá que los pacientes paguen por adelantado los servicios de emergencia, ni intentarán cobrar una deuda mientras una persona se encuentre en un departamento de emergencias.



**SHERIDAN COUNTY  
HEALTH COMPLEX**

826 18<sup>TH</sup> ST. Hoxie, Kansas 67740  
 P.O. Box 167 Hoxie, Kansas 67740  
 P: (785) 675-3281 F: (785) 675-3840  
[www.schcmed.com](http://www.schcmed.com)

**Solicitud de Asistencia Financiera**

Paciente/ Persona Responsable		Informacion del conyuge (si corresponde)	
Nombre		Nombre	
Fecha de nacimiento		Fecha de nacimiento	
Numero de seguro social		Numero de seguro social	
Direccion fisica		Direccion fisica	
Direccion de envio		Direccion de envio	
Telefono de casa		Telefono de casa	
Telefono Movil		Telefono Movil	
Estado de Empleo		Estado de Empleo	
Nombre y numero de telefono del empleador:		Nombre y numero de telefono del empleador:	

Miembros del hogar/ Dependientes		
Nombre	Fecha de nacimiento	Relacion con el solicitante

Tienes seguro? Si No

Ha proporcionado una copia al hospital? Si No

Le gustaria hablar sobre las opciones de seguro que pueded estar disponibles para su hogar? Si No

Ingresos Mensuales (Proporcionar documentacion):			
Tipo de Ingresos:	Paciente/ Persona Responsable	Esposo(a)	Otros miembros de 18 anos o mas
Salarios			
Seguridad Social			
Pensiones			
Compensacion por Desempleo			
Asistencia del gobierno			
Pagos por discapacidad			
Pagos de Veteranos			
Regalias petroleras			
Otros Ingresos			
Subtotal Mensual			
<b>TOTAL INCOME</b>	<b>MONTHLY:</b>	<b>YEARLY:</b>	

Gastos:	Mensual:	Activos:	Valor:
Hipoteca o Alquiler		Cuenta de cheques	
Servicios publicos (gas, electricidad, agua)		Cuenta de ahorros	
Telefono		Negocio Cuenta	
Comida		Granja Cuenta	
Cuidado de los ninos			
Seguro de salud			
Otros seguros (automovil, vida, etc.)			
Hospital/ medicas			
Otros gastos			
<b>GASTOS TOTALES:</b>	<b>\$</b>	<b>LOS ACTIVOS TOTALES:</b>	<b>\$</b>

<b>Otra informacion pertinente sobre el estado financiero</b>

Yo, declare que la informacion proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Autorizo a SCHC verificar la informacion para completar mi solicitud. Entiendo que es posible que tenga que proporcionar documentacion adicional para determinar la elegibilidad de me hogar segun la Politica de Asistencia Financiera. Si alguna informacion es inexacta, incompleta o falsificada, sere responsable del saldo total y se anularan los arreglos de pago anteriores.

Firma del Paciente/Persona Responsable:	Fecha:
*Solo uso hospitalario: Community Resources Signature:	Date:
Application Determination: Approved Denied	Date:
Reason for Denial:	
CFO Signature:	Date:



# SHERIDAN COUNTY HEALTH COMPLEX

## LISTA DE VERIFICACION DE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

1. COMPLETE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA
2. ENVIA DOCUMENTACION
  - a. 3 meses de verificación de salarios (talons de pago, declaracion del empleador, W2, 1099)
  - b. Estados de cuent bancarios de los ultimos 3 meses para todays las cuentas (cheques y ahorros)
  - c. Declaracion de impuestos mas reciente
  - d. Verificación de otros ingresos (Seguridad Social, VA, compensador de desempleo, pension, etc)

Proporciono verificación de sus ingresos? Si No

Si no, por favor explique:

Proporciono extractos bancariosde 3 meses? Si No

Si no, por favor explique:

Proporciono su declaracion de impuestos mas reciente? Si No No Aplica

- Si no esta obligado a presentar, marque con circulo No Aplica.

Si no, por favor explique:

Firma del solicitante:	Fecha:
Community Resources Signature:	Date:

## **SHERIDAN COUNTY HEALTH COMPLEX Política de pago**

Todas las cuentas abiertas en Sheridan County Health Complex (SCHC) vencen dentro de los 30 días posteriores al momento de la primera facturación. Los arreglos de pago se pueden hacer comunicándose con la Oficina Comercial. Se permitirán arreglos de pago y / o pagos a plazos bajo las siguientes disposiciones.

Los saldos de las cuentas se pueden reducir mediante pagos a plazos iguales según las siguientes pautas.

- Los saldos de \$ 600.00 o menos deben pagarse en su totalidad dentro de los 6 meses. (Mínimo de \$ 50)
- Los saldos de \$ 600.01 - \$ 1500.00 deben pagarse en su totalidad dentro de los 12 meses.
- Los saldos de \$ 1500.01 - \$ 5000.00 y más deben pagarse en su totalidad dentro de los 18 meses.

Los arreglos de pago deben hacerse dentro de los 60 días de la facturación inicial por los servicios proporcionados por SCHC. La cuenta se puede entregar a una agencia de servicios si no se recibe ningún pago dentro de los 120 días posteriores a la factura inicial. Si se han hecho arreglos de pago y se pierden dos pagos en un período de 12 meses, la cuenta se entregará a una agencia de servicios si no se pone al día dentro de los 15 días.

Los pagos por transferencia electrónica de fondos (EFT) se pueden establecer comunicándose con la Oficina Comercial. Los pagos mínimos serán de \$ 50,00 por mes. Se aplicará una tarifa de \$ 30.00 por cualquier cheque devuelto o EFT rechazado a la cuenta del paciente y estará sujeto a cobros si no se hacen otros arreglos. Es posible que reciba una factura separada de Hoxie Medical Clinic. Para esas preguntas, llame al 785-675-3018. Hay un buzón ubicado junto a la puerta de registro del hospital para los pagos de entrega del hospital y la clínica.

Si no tiene seguro, o si su compañía de seguros no autoriza previamente los servicios que está recibiendo, el 50% del costo se deberá pagar en el momento en que se presten los servicios.

Previa solicitud, hay un descuento por pronto pago disponible en saldos de \$ 500 o más. Esto vencerá antes de la fecha de vencimiento del primer estado de cuenta. Para obtener información, llame al (785) 675-3281.

### **Política de asistencia financiera (FAP)**

Si un paciente no puede realizar los pagos descritos anteriormente, debe comunicarse con el departamento de recursos comunitarios al 785-677-4172 y completar una solicitud FAP.

Tras la verificación de los ingresos del paciente, es posible que califique para una factura reducida y un descuento según las pautas federales de pobreza. Los pagos de menos de \$ 50.00 por mes solo se aceptarán si el paciente ha comenzado el proceso de solicitud de la FAP, que debe completarse dentro de los 60 días.

De acuerdo con las leyes federales, SCHC no discrimina por motivos de edad, género, raza, condición étnica o capacidad de pago en la prestación de servicios de crédito o afecciones médicas de emergencia.

REVISADO BOT APROBADO 29.07.2019