



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 AmberMed 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:
alydia.offutt@ambermed.com

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



PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

AmberMed ofrece asistencia financiera a los pacientes que cumplen con los criterios de elegibilidad según las Pautas Federales de Nivel de Pobreza. Los solicitudes pueden obtenerse mediante:

Sitio web: www.ambermed.com
En persona: AmberMed Oficina Comercial
Email: alydia.offutt@ambermed.com
Teléfono: (785) 677-4172
Correo: AmberMed FAP Application
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 médicamente 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, AmberMed no discrimina por edad, género, origen étnico o capacidad de pago. AmberMed 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.



826 18TH ST. Hoxie, Kansas 67740
 P.O. Box 167 Hoxie, Kansas 67740
 P: (785) 675-3281 F: (785) 675-3840
www.ambermed.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 años o mas
Salarios			
Seguridad Social			
Pensiones			
Compensacion por Desempleo			
Asistencia del gobierno			
Pagos por discapacidad			
Pagos de Veteranos			
Regalias petroleras			
Otros Ingresos			
Subtotal Mensual			
TOTAL INCOME	MONTHLY:	YEARLY:	

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			
GASTOS TOTALES:	\$	LOS ACTIVOS TOTALES:	\$

Otra informacion pertinente sobre el estado financiero
Yo, declare que la informacion proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Autorizo a AmberMed 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:



LISTA DE VERIFICACION DE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

1. COMPLETE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA
2. ENVIA DOCUMENTACION
 - a. 3 meses de verificacion 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. Verificacion de otros ingresos (Seguridad Social, VA, compensador de desempleo, pension, etc)

Proporciono verificacion 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: