JOHNSON MEMORIAL HEALTH SERVICES
SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA (Atención Caritativa)

Es política de Johnson Memorial Health Services proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos se ofrecen según el tamaño de la familia/hogar y los ingresos anuales. Complete la siguiente información y regrese a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica y sala de emergencias, pero no a aquellos servicios adquiridos externamente, incluidas pruebas de laboratorio de referencia, medicamentos e interpretación de rayos X por parte de un radiólogo consultor, y otros servicios similares.

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro representante de cuentas de pacientes al 320-312-2136.

Este formulario debe completarse cada 6 meses o si su situación financiera cambia.

Nombre		**Fecha de nacimiento**		
Calle	**Ciudad**	**Estado**	**Cremallera**	**Teléfono**
Plan de seguro médico		**Número de seguro social**		

Solicitud de atención benéfica	**SÍ**	**NO**
Me ofrecieron y entiendo el proceso de Atención Caritativa, pero elijo rechazar estos servicios.	☐	☐

- **Si eligió Sí a la respuesta anterior, ignore las preguntas de verificación de ingresos y MA y firme y feche en la parte inferior de la página. Si elige No, complete el resto de la solicitud y devuélvala con la documentación requerida.**

Para calificar para el programa Charity Care, primero debe solicitar Asistencia Médica en su condado.

¿Ha solicitado asistencia médica en su condado? Sí___ No___ (por favor marque uno)

En caso negativo , debe hacerlo.

En caso afirmativo, ¿cuál fue el resultado? (Si es denegada, adjunte copia de la denegación)_____

Lista de verificación de verificación (adjunte copias)	**SÍ**	**NO**
Ingresos: Declaración de impuestos del año anterior	☐	☐

Certifico que la información mostrada arriba es correcta.

Nombre (Imprimir):	**Fecha:**
Firma:	