

Saludos

Gracias por escoger el Hospital Rehoboth McKinley Christian para su atención médica. Adjunto encontrará un paquete de formas financieros que son necesarios para determinar su elegibilidad para asistencia financiera. Por favor, revise la lista de verificación y proporcione todas las formas conforme a lo solicitado por usted y su familia. Esto determinará la ayuda financiera que le corresponde. Si califica los requisitos para la caridad, le podría cubrir cualquier lugar del 80 al 100 %.

Si usted no califica, por favor, haga arreglos de pago.

Si necesita ayuda para llenar las formas, traiga todos los documentos solicitados y le ayudaremos a llenar las formas.

Si usted tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en ponerse en contacto conmigo para arreglos de pago, o si necesita ayuda con las formas de caridad, llame al número resaltado en amarillo. Gracias por su cooperación.

Sinceramente,

CUIDADO DE CARIDAD RMCHCS
LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE ELEGIBILIDAD

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ CUENTA N.º: _____

A continuación, se muestra una lista de documentos que pueden usarse para determinar la elegibilidad para el cuidado de caridad. Proporcione copias de los documentos verificados a continuación correspondientes a su situación. Si no recibimos la documentación apropiada, se podría denegar su solicitud.

1. ____ Comprobantes de ingresos correspondiente a un mes antes de la fecha de servicio
 - Comprobantes de ingresos, incluidos los talones de cheque o una carta de su empleador con membrete de la compañía donde se detalle su ingreso bruto y la fecha de contratación.
 - Si es un trabajador autónomo, debe presentar un estado de ganancias y pérdidas de uno o tres meses y su última declaración de impuestos.
 - Comprobantes de ingresos no derivados del trabajo, incluidos: desempleo, seguridad social, carta de reconocimiento, jubilación, manutención infantil, pensión compensatoria, carta de concesión de seguridad de ingreso suplementario (para todos los miembros de la familia), indemnización al trabajador, seguro de incapacidad, beneficios de la Administración de Veteranos, asistencia monetaria por parte de familiares o amigos.
 - Copia completa de su declaración de impuestos del año anterior o una declaración jurada de exención firmada.
 - Si es estudiante de tiempo completo, proporcione todas las ayudas financieras escolares, subsidios o becas que haya recibido el último año.
2. ____ Comprobante de residencia anterior a la fecha de servicio.
 - Proporcione uno de los siguientes comprobantes que contenga su dirección en Nuevo México, con fecha anterior a la fecha de servicio: Recibo de alquiler, cuotas de la casa, contrato firmado, carta del arrendador, o carta de un amigo o familiar sobre los acuerdos de vivienda.
 - Proporcione la información más reciente de cada servicio que paga: luz, gas, agua, teléfono, cable/Dish TV, etc.
3. ____ Tarjetas de seguro
 - Proporcione una copia del frente y el reverso de las tarjetas de seguro del paciente, el cónyuge o los hijos.
4. ____ Una forma de identificación de todos los familiares directos mencionados en esta solicitud.
 - Proporcione uno de los siguientes comprobantes para cada miembro de su familia: Licencia de conducir, certificado de nacimiento, tarjeta de seguridad social o pasaporte.
5. ____ Extractos de cuenta (todas las páginas) que muestren el saldo en la fecha de servicio.
 - Incluidos los extractos de la cuenta de ahorros, la cuenta corriente y las tarjetas de débito
6. ____ Todos los activos, incluidos: planes 401K, bonos, acciones, cuenta individual de retiro y bienes inmuebles que no sean su residencia principal.
7. ____ Comprobantes de carta de denegación de Medicaid NM.

Para discutir sus preguntas o inquietudes con un asesor financiero, o si precisa ayuda para completar este paquete de solicitud, llame a cualquiera de los números de teléfono a continuación:

Asesor financiero
EMILY WILSON – (505) 726-6842
ewilson@rmchcs.org
LATASHA MENDOZA – (505) 863-7005
lmendoza@rmchcs.org
Fax: 505-726-6768

**REHOBOTH MCKINLEY CHRISTAIN HOSPITAL
APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE/SLIDING FEE SCALE**

PATIENT NAME:	ACCT #	AGE:	APPLICATION DATE:	REVIEW DATE:		
RESPONSIBLE PARTY	SOCIAL SECURITY NO	SPOUSE	NUMBER OF CHILDREN OR OTHER DEPENDENTS:			
ADRESS	HOW LONG ?	FORMER ADDRESS IF LESS THAN 2 YEARS	HOW LONG?	TIME IN AREA	PHONE:	
RESPONSIBLE PARTY EMPLOYER	PHONE	OCCUPATION:	HOW LONG?	PAYDAY:	Y-T-D	MONTHLY GROSS INCOME:
SPOUSE EMPLOYER	PHONE	SPOUSE OCCUPATION:	HOW LONG?	PAYDAY:	Y-T-D	MONTHLY GROSS INCOME:
IF UNEMPLOYED NAME OF LAST EMPLOYER & DATES						

MONTHLY INCOME:

SS/GA: _____ RETIREMENT: _____
 SOC SEC: _____ ALIMONT: _____
 RENTAL: _____ PENSION: _____
 W/C: _____ OTHER: _____
 PROOF OF INCOME ATTACHED? _____
 2018 INCOME TAX ATTACHED? _____

DEPENDENTS OR HOUSEHOLD MEMBERS

NAME:	AGE
NAME:	AGE
NAME:	AGE
NAME:	AGE
NAME:	AGE
NAME:	AGE

NUMBER IN FAMILY: _____

**DETERMINATION OF ELIGIBILITY
FOR RMCHCS USE ONLY**

ONE MONTH: _____
 LAST THREE MONTHS: _____
 LAST 3 MONTHS X 4: _____
 PAYMENT AMOUNT/ PERCENTAGE: _____
 APPROVAL/ PERCENTAGE: _____
 DENIAL/ REASON: _____

FINANCIAL ARRANGEMENTS FOR BLANCE:

AMOUNT DUE: \$	PAYMENTS AT: \$	PER: WEEKLY BIWEEKLY MONTHLY LUMP SUM
----------------	-----------------	---------------------------------------

I UNDERSTAND THE INFORMATION SUBMITTED IS SUBJECT TO VERIFICATION BY RMCHCS STAFF.
 I CERTIFY THAT THE ABOVE INFORMATION IS TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE.

SIGNATURE OF APPLICANT

DATE

INTERVIEWER

DATE

RMCHCS
CUIDADO DE CARIDAD
ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha:

Paciente:

Fuente de ingresos: (Auto Ayuda)
Como paciente se soporta:

Firma: _____

RMCHCS

Asistencia para el cuidado de caridad

V e r i f i c a c i ó n d e e m p l e o

Fecha: _____

Para: _____

RE: _____

Estimado empleador:

Con el fin de establecer la elegibilidad para County Health Care Hospital Funds, el personal del hospital debe verificar los ingresos de todos los solicitantes. La persona que se identifica arriba nos ha informado que ahora es, o ha sido en los últimos 12 meses, empleado/a en su firma. Apreciamos su cooperación y pronta devolución de la información solicitada a continuación, las cuales beneficiarán a su empleado/a. Tal información se tratará de manera confidencial y solo la usará la Oficina de Reclamos Médicos relacionados con el Cuidado de la Salud del Condado de McKinley.

Devolver a: **Emily Wilson/asesora financiera**
Rehoboth McKinley Christian Hospital
1901 Red Rock Drive
Gallup, NM 87301
505-726-6842
505-726-6768 Fax

Yo, el abajo firmante, por el presente documento, autorizo a que se divulgue mi información laboral a la agencia que figura arriba.

Firma _____

FIRME Y HAGA QUE SU EMPLEADOR COMPLETE LA PARTE DE ABAJO

PARA QUE COMPLETE EL EMPLEADOR

FECHA DE EMPLEO: _____ HASTA: _____

INGRESOS DEL EMPLEADO EN LO QUE VA DEL AÑO (INCLUIDAS LAS HORAS EXTRAS) \$ _____

EL EMPLEADO TRABAJA: **TIEMPO COMPLETO** **MEDIO TIEMPO** **TEMPORALMENTE** **PERMANENTEMENTE**

TARIFA POR HORA: \$ _____ SUeldo MENSUAL: \$ _____

LOS DÍAS DE PAGO SON: **MENSUALMENTE** \$ _____

BIMENSUALMENTE \$ _____

SEMANALMENTE \$ _____

QUINCENALMENTE \$ _____

CANTIDAD DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA: _____ CANTIDAD DE HORAS EXTRAS POR SEMANA: _____

ESTADO DE EMPLEO ACTUAL: _____

POSIBILIDAD DE CONTINUIDAD DE EMPLEO: _____

NOMBRE (EN IMPRENTA): _____ FIRMA: _____

CARGO: _____ FECHA: _____

**RMCHCS
CUIDADO DE CARIDAD
ASISTENCIA FINANCIERA**

**DECLARACIÓN SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LA
DEVOLUCIONES DEL IRPF (TAXES)**

Yo, _____, declaro y certifico que, debido a mi estado financiero , no estoy / no estaba obligado a presentar una declaración de impuestos federales , ni soy / o estoy obligado a presentar una renta de declaración de impuestos para el año fiscal de ____ .

Esto lo juro y afirmo bajo juramento y pena de perjurio.

Firma

Firmado y jurado por, _____, en este ____ día de _____, _____.

Notario público

Mi comisión expira:
