

## Johnson County Hospital

### Solicitud de asistencia financiera

La solicitud de asistencia financiera se puede hacer en la oficina del asesor financiero del Hospital del Condado de Johnson. Nuestro asesor financiero le pedirá a usted o a su familiar que complete una solicitud de asistencia financiera y le pedirán información sobre ingresos mensuales, gastos, obligaciones de tarjetas de crédito y préstamos y activos personales.

Incluya los siguientes elementos con su Solicitud de asistencia financiera. Toda la documentación de respaldo debe incluirse con la solicitud. Las solicitudes incompletas no serán procesadas.

- ☐ Solicitud completa
- ☐ Declaración de Impuestos sobre la Renta más actualizada
- ☐ Talones de pago de los últimos 90 días de todos los asalariados en el hogar (si trabaja por cuenta propia, proporcione ingresos y gastos de los últimos 90 días)
- ☐ Carta de aceptación/denegación de Medicaid
- ☐ Estado de cuentas bancarias actuales
- ☐ Carta de beneficios del Seguro Social (si corresponde)
- ☐ Carta de apoyo financiero (si corresponde)

La elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera se basará en las Pautas Federales de Pobreza (FPG) para el año en curso. JCH utilizará el ingreso total del hogar, lo comparará con la escala móvil de FPG y otorgará la asistencia según la tabla de asistencia financiera.

| Porcentaje de escala móvil de FPG | Descuento % |
|-----------------------------------|-------------|
| 0%-150%                           | 100%        |
| 150%-200%                         | 80%         |
| 200%-225%                         | 60%         |
| 250%-250%                         | 40%         |
| 250%-300%                         | 20%         |
| > 300%                            | 0%          |

La asistencia financiera se otorga solo para los cargos hospitalarios. Los arreglos para pagar a su médico, radiología, clínica especializada, DME, farmacia y todos los demás servicios profesionales no proporcionados por el Hospital del Condado de Johnson no son elegibles. Tecumseh Family Health y Adams Primary Care están excluidos de la asistencia financiera.

Si cree que puede ser elegible para el Programa de Asistencia Financiera o tiene preguntas sobre este servicio, llame al Asesor Financiero al **402-335-3361**.

#### ENVIAR POR CORREO A:

Johnson County Hospital  
Patient Financial Services  
202 High Street  
Tecumseh, NE 68450

Fecha de entrega: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de devolución: \_\_\_\_\_

## **SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DEL HOSPITAL DEL CONDADO DE JOHNSON**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### **Dependientes del solicitante (listarse primero)**

| Nombre | Relación | Fecha de nacimiento | Número de Seguro Social |
|--------|----------|---------------------|-------------------------|
| _____  | _____    | _____               | _____                   |
| _____  | _____    | _____               | _____                   |
| _____  | _____    | _____               | _____                   |
| _____  | _____    | _____               | _____                   |
| _____  | _____    | _____               | _____                   |

¿Es usted ciudadano estadounidense? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si no, dé el estado migratorio \_\_\_\_\_ y el número \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en USA \_\_\_\_\_

Lugar de entrada \_\_\_\_\_ país de origen \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DE EMPLEO**

Incluyase usted o cualquier persona de su hogar con el empleo actual o último .

| Nombre | Empleador | Posición | Fecha de contratación | Fecha de terminación | Motivo de la salida |
|--------|-----------|----------|-----------------------|----------------------|---------------------|
|        |           |          |                       |                      |                     |
|        |           |          |                       |                      |                     |
|        |           |          |                       |                      |                     |
|        |           |          |                       |                      |                     |
|        |           |          |                       |                      |                     |

### **INGRESO**

**Ingreso actual**

| Nombre del asalariado | Empleador | Horas por semana | Ingreso bruto anual |
|-----------------------|-----------|------------------|---------------------|
|                       |           |                  |                     |
|                       |           |                  |                     |
|                       |           |                  |                     |
|                       |           |                  |                     |
|                       |           |                  |                     |

**Otros ingresos**

| Fuente                                       | Sí / No | Importe bruto por Mes/Semana |
|----------------------------------------------|---------|------------------------------|
| SSI/Discapacidad                             |         |                              |
| Seguro social                                |         |                              |
| Jubilación                                   |         |                              |
| Anualidades                                  |         |                              |
| Compensación del trabajador                  |         |                              |
| Compensación por desempleo                   |         |                              |
| ADC/Cupones de alimentos (EBT)               |         |                              |
| Ingresos de propiedad por alquiler           |         |                              |
| Manutención de los hijos/pensión alimenticia |         |                              |
| Otro: tipo y fuente                          |         |                              |

**Si no tiene ingresos, explique cómo ha estado satisfaciendo sus necesidades.**

Si alguien le está ayudando financieramente, pídale que proporcione una declaración por escrito sobre con qué lo está ayudando.

---



---



---

**ACTIVOS**

¿Usted o alguien en su hogar tiene alguno de los siguientes?

Efectivo en mano: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿cantidad? \_\_\_\_\_

**Cuentas bancarias y/o de inversión** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, complete a continuación.

| Nombre de la empresa o institución | Tipo de cuenta | Saldo actual |
|------------------------------------|----------------|--------------|
|                                    |                |              |
|                                    |                |              |
|                                    |                |              |
|                                    |                |              |
|                                    |                |              |

**Propiedad inmobiliaria** (casa, terreno, propiedad de alquiler, etc.) Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, complete a continuación.

| Ubicación y tipo | Titular de la hipoteca | Saldo actual del préstamo | Valor estimado |
|------------------|------------------------|---------------------------|----------------|
|                  |                        |                           |                |
|                  |                        |                           |                |

**Vehículo(s) motor(es)** (automóviles, motocicletas, remolques, casa rodante, lancha, etc.)

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, complete a continuación.

| Marca/Modelo | Año | Valor estimado | Saldo de préstamo |
|--------------|-----|----------------|-------------------|
|              |     |                |                   |
|              |     |                |                   |
|              |     |                |                   |
|              |     |                |                   |

**Otros activos:** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, por favor explique:

---

---

**Beneficios del seguro médico**

| Persona cubierta | Fuente y tipo | Número de identificación | Fecha de entrada en vigor |
|------------------|---------------|--------------------------|---------------------------|
|                  |               |                          |                           |
|                  |               |                          |                           |
|                  |               |                          |                           |
|                  |               |                          |                           |
|                  |               |                          |                           |

**GASTOS**

**Vivienda**

Hipoteca/Alquiler: \$ \_\_\_\_\_/mes

Impuesto anual a la propiedad \$ \_\_\_\_\_

**Gastos de servicios públicos**

Calefacción/Gas \$ \_\_\_\_\_

Eléctricidad \$ \_\_\_\_\_

Teléfono \$ \_\_\_\_\_

TV \$ \_\_\_\_\_

Agua/Alcantarillado \$ \_\_\_\_\_

**Deuda de tarjeta de crédito**

Acreedor Mensualidad

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

## Otros gastos diversos del hogar

|                                              | Monto del pago | Frecuencia<br>(Semanal/Mensual/Anual) |
|----------------------------------------------|----------------|---------------------------------------|
| Manutención de los hijos/pensión alimenticia | \$             |                                       |
| Préstamo de automóvil/vehículo               | \$             |                                       |
| Seguro de Auto                               | \$             |                                       |
| Seguro Medico                                | \$             |                                       |
| Seguro de vida                               | \$             |                                       |
| Colegiatura / Préstamo estudiantil           | \$             |                                       |
| Gastos hospitalarios/ médicos                | \$             |                                       |
| Cuidado de niños / guardería                 | \$             |                                       |
| Préstamo Personal                            | \$             |                                       |
| Deuda de tarjeta de crédito (Pago mínimo)    | \$             |                                       |
| Otros: (lista)                               | \$             |                                       |
|                                              |                |                                       |

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE

1. Por la presente solicito asistencia financiera del Hospital del Condado de Johnson.
2. Certifico que todas las declaraciones hechas por mí en esta solicitud son verdaderas y correctas, bajo multa por declaración falsa según lo dispuesto por la Política de Asistencia Financiera del Hospital del Condado de Johnson.
3. Entiendo que tengo derecho a apelar si no estoy satisfecho con la decisión del Hospital sobre mi solicitud.
4. Estoy de acuerdo en que la información proporcionada por mí en esta solicitud debe ser verificada y acepto proporcionar la documentación solicitada.
5. Autorizo al Hospital del Condado de Johnson a realizar una investigación para establecer mi elegibilidad y le doy permiso al hospital para obtener información necesaria de, pero no limitada a, las siguientes fuentes: bancos, cooperativas de crédito y otras instituciones financieras, empleadores, proveedores médicos, propietarios y otras agencias como el Departamento de Servicios Sociales, el Departamento de Trabajo, el Seguro Social y la Administración de Veteranos, y el Servicio de Inmigración y Naturalización.
6. Acepto completar el proceso de solicitud para cualquier Beneficio de Terceros para el cual yo pueda ser elegible, incluyendo Seguro de Salud, Beneficios de Veteranos, etc. Además, acepto solicitar y completar el proceso de solicitud de Ayuda Médica Estatal (Medicaid).

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge (si es una solicitud conjunta) / Intérprete

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma del asesor financiero

\_\_\_\_\_  
Fecha