



The Richland Hospital, Inc.

Solicitud del Programa de Atención a la Comunidad

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del solicitante _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del cónyuge _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono _____

Dependientes (debe ser admisible como dependiente en la declaración de impuestos de renta del solicitante)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

LOS INGRESOS

Comprobante de ingresos para el solicitante (y cónyuge si corresponde); (dos o tres) más recientes talones o desprendibles de pago, comprobantes de pago de desempleo, o información suficiente de cómo hace el paciente para mantenerse actualmente.

Fuente de Ingresos	Ingresos	Nombre del destinatario	Monto Anual
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Si no hay ingresos, indicar los medios de sustento, es decir, cómo paga alimentos, alquiler, etc.

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE DEVOLVER CON LA SOLICITUD

- Copia de la declaración federal de impuestos más reciente. (Obligatorio)
- Comprobante de ingresos para el solicitante (y cónyuge si corresponde); (dos o tres) más recientes talones o desprendibles de pago, comprobantes de pago de desempleo, o información suficiente de cómo hace el paciente para mantenerse actualmente. (Obligatorio)
- Extractos bancarios que sustenten todas las cuentas de efectivo e inversión. (obligatorio cuando se consideran ingresos definidos por cualquier medio distinto del AGI).
- Carta de denegación de Medicaid fechada en los últimos tres meses. (Obligatorio para los adultos con un ingreso de o por debajo del 125% del FPG o para niños con un ingreso familiar de o por debajo de 300% de FPG).
- Tarjeta de seguro para cualquier cobertura a que tenga derecho.

Se puede solicitar información adicional para validar la solicitud que puede incluir entre otros sin carácter restrictivo la revisión de activos disponibles u otros recursos financieros. Recursos públicos externos que pueden ser utilizados, incluido las puntuaciones de crédito.

Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y completa. Si se determina que cualquier información es falsa, todos los descuentos del programa serán revocados, lo que hará que el paciente sea responsable por el saldo original de los servicios prestados.

Por medio de la presente le solicito al Richland Hospital que determine la admisibilidad a Atención a la Comunidad para cuentas activas de los individuos que aparecen anteriormente. Tengo entendido que las cuentas que se han remitido a un organismo externo para acción de cobro no son admisibles para que Atención a la Comunidad las considere.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del Cónyuge (si corresponde)

Fecha

SOLO PARA USO DEL RICHLAND HOSPITAL

Fecha en que se recibió la solicitud en el Departamento de Contabilidad del Paciente

- Sí No Solicitud completa y firmada
- Sí No Copia de la declaración federal de impuestos más reciente.
Si no, copia de extracto bancario: Si No
- Sí No Comprobantes recientes de desempleo, talones de pago u otros ingresos (solicitante y cónyuge) si no, comprobantes de sustento económico actual: Si No
- Sí No Ingresos por debajo del 125% del FPL.
Si la respuesta es sí, comprobante de estatus de BadgerCare: Aprobado Denegado
Si fue aprobado, cuenta de reclasificación a BadgerCare
- Sí No Ingresos por debajo del 300% del FPL con hijos menores
Si la respuesta es sí, comprobante de estatus de BadgerCare: Aprobado Denegado
Si fue aprobado, cuenta de reclasificación a BadgerCare
- Sí No Copia de tarjeta de Seguro, si corresponde

Fecha que la solicitud fue entregada al supervisor para revisión o

Fecha en que se notificó al paciente si se necesita Información adicional Información

solicitada/necesaria : _____

Fecha en que se recibió la información adicional.

ESTATUS DE LA SOLICITUD

- Aprobada:** **Completa** **Porcentaje Parcial:** _____
- Denegada:** **Ingresos** **Documentación incompleta**
- Admisible a BadgerCare**

Fecha paciente informa del estatus de la solicitud.

Si se aprueba, la fecha en que el descuento se aplica a la cuenta.