



MEDICAL CENTER – NURSING CENTER – HOME CARE
P. O. Box 206 – Clinton, AR 72031 – 501-745-7000
Formulario de Asistencia Financiera de Ozark Health, Inc.

Ozark Health, Inc. ofrece un programa de asistencia financiera para pacientes que no son elegibles para otros programas de Asistencia. Si se determina que existe la elegibilidad para otros programas, esas solicitudes deben completarse antes de que se pueda aprobar un descuento por asistencia financiera de Ozark Health, Inc. Los servicios elegibles para consideración deben considerarse diagnósticos, urgentes o urgentes por un médico que solicite la solicitud. Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor llame al asesor financiero al 501-745-9521. Por favor, devuelva toda la información solicitada a Ozark Health, Inc., P. O. Box 206, Clinton, AR 72031.

Para ser elegible para la ayuda, deben completarse los siguientes requisitos del formulario de Asistencia Financiera.

1. Número de cuenta _____
2. Adjunta una copia de la última declaración de la renta O tres talones de cheques recientes de cada miembro del hogar.
3. Proporciona los extractos de tres meses de todas las cuentas corrientes y de ahorro, de cada miembro del hogar.
4. Proporciona cartas de concesión de la Seguridad Social, Discapacidad y Jubilación de cada miembro del hogar.

SIN DOCUMENTACIÓN NO SE PUEDE CONSIDERAR ASISTENCIA.

Nombre del paciente/avalador (parte responsable)
Dirección postal
Ciudad, Estado, Código Postal
Home Phone Number/Contact Phone Number

MIEMBROS DEL HOGAR (enumera las personas que viven en el hogar, incluyéndote a ti mismo).

Nombre	SSN	Empleador	Edad	Fecha de nacimiento	Relación

INGRESOS DEL HOGAR (lista las personas que viven en el hogar, incluyéndote a ti mismo).

	Jefe de familia	Otros salarios Earner	Otros salarios Earner
Salario Bruto Total			
Seguridad Social, SSI u otra discapacidad			
VA, jubilación, desempleo y compensación laboral			
Ingresos por dividendos, intereses, alquiler, manutención infantil, etc.			
Otro Ingreso Cantidad de Recursos (empleo, etc.)			

INGRESOS DE LA DECLARACIÓN DE LA RENTA DEL AÑO PASADO (SE REQUIERE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS)

¿Presentaste la declaración de la renta del año pasado?	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
Ingreso bruto ajustado respecto a la línea de ingresos totales en la declaración de la renta						
Número de meses trabajados durante el último año fiscal						
Número de meses trabajados durante el año fiscal actual						
Si es autónomo, depreciación reclamada en la declaración de la renta						

RECURSOS DEL HOGAR (Verificación requerida: Saldo inicial medio de los últimos tres meses.)

Tipo	Propietario(s)	Saldo inicial medio de los últimos tres meses
Ahorro		
Cuenta corriente		
Club de Navidad o Cooperativa de Crédito		
Efectivo disponible		
Acciones, bonos y otras cuentas de inversión		

- ¿Eres propietario de tu casa o alquilas? _____
- ¿Has solicitado cobertura sanitaria (Insurance Exchange, Medicaid o ARKids)? _____

3. ¿Cuáles son tus gastos mensuales medios de vida?

- Electricidad + Gas + Agua : _____
- Internet / Teléfono: _____
- Vivienda: _____

_____ I afirmo que la información es verdadera y correcta según mi mejor conocimiento. No he hecho declaraciones falsas, errores u omisiones. Si alguna de las informaciones que he dado resulta ser falsa, entiendo que esto constituye fraude y que Ozark Health, Inc. buscará acciones legales según lo considere necesario.

_____ By iniciales y firma que se muestran a continuación, estoy de acuerdo en que mi solicitud no será considerada hasta que se haya presentado toda la documentación necesaria. Reconozco que todos los recursos y fondos disponibles que podrían resolver mi saldo, como cuentas de ahorro para la salud y pólizas de seguro médico, se han agotado y, por tanto, me han llevado a solicitar ayuda financiera.

Firma: _____ fecha _____

Ozark Health no tiene ninguna obligación legal de proporcionar asistencia financiera. Lo hace para ayudar a los miembros de la comunidad que están activamente intentando ayudarse a sí mismos.

Aprobado por (Empleado del Hospital)

Fecha

Personas en la unidad familiar	Directrices Federales de Pobreza	225% de las Directrices Federales de Pobreza	250% de las Directrices Federales de Pobreza	275% de las Directrices Federales de Pobreza	300% de las Directrices Federales de Pobreza	325% de las Directrices Federales de Pobreza	350% de las Directrices Federales de Pobreza
1	\$15,960	\$35,910	\$39,900	\$43,890	\$47,880	\$51,870	\$55,860
2	\$21,640	\$48,690	\$54,100	\$59,510	\$64,920	\$70,330	\$75,740
3	\$27,320	\$61,470	\$68,300	\$75,130	\$81,960	\$88,790	\$95,620
4	\$33,000	\$74,250	\$82,500	\$90,750	\$99,000	\$107,250	\$115,500
5	\$38,680	\$87,030	\$96,700	\$106,370	\$116,040	\$125,710	\$135,380
6	\$44,360	\$99,810	\$110,900	\$121,990	\$133,080	\$144,170	\$155,260
7	\$50,040	\$112,590	\$125,100	\$137,610	\$150,120	\$162,630	\$175,140
8	\$55,720	\$125,370	\$139,300	\$153,230	\$167,160	\$181,090	\$195,020
Por cada persona adicional, añade	\$5,680	\$12,780	\$14,200	\$15,620	\$17,040	\$18,460	\$19,880
Asignación para dar		100%	80%	60%	40%	20%	0%