

**Williamsburg Regional Hospital
500 Nelson Boulevard
P.O. Drawer 568
Kingstree, SC 29556**

Teléfono: 843-355-8888

Fax: 843-355-0152

Williamsburg Regional Hospital Asistencia Financiera / formulario de Caridad

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección: _____

Cuenta# _____

Con Dr. _____

Estimado paciente:

Adjunto, encontrará la Lista de verificación en la página 3 que enumera los documentos que se requieren para la solicitud de asistencia financiera / caridad. Estos formularios deben completarse lo más completamente posible, firmarse y devolverse en un plazo de 30 días a partir de la fecha de su primera factura. Esta solicitud no se puede completar sin verificación de ingresos y activos líquidos.

Necesitaremos tener estos formularios y documentos dentro de los 30 días de la fecha de la primera factura para considerar su solicitud de asistencia financiera / caridad.

Gracias de antemano por su pronta atención a este asunto.

Sinceramente, _____

Williamsburg Regional Hospital Persona del Personnel

Numero de teléfono

Fecha

Williamsburg Regional Hospital Asistencia Financiera/ formularia de Caridad

Gastos:

Ingrese el monto de gasto mensual para el siguiente:

Hipoteca/Alquiler \$ _____

Automóvil \$ _____

Utilidades \$ _____

Medico:

- Seguro \$ _____
- Medicamentos \$ _____
- Doctor/Hospital \$ _____
(Nombre de Proveedor: _____)

Seguro (casa, vida, auto) \$ _____

Tarjetas de Crédito (enumerar cualquier y todos los saldos)

_____ \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

Otro: Por favor enumere sus gastos mensuales

No incluidos en el anterior:

_____ \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

Firmado: _____ **Fecha:** _____

Certifico que he leído o que me había leído todas las declaraciones en este formulario y que la información proporcionada es verdadera y complete a mi leal saber y entender. Entiendo que si deliberadamente he proporcionado información falsa o si he ocultado información relacionada con cualquier situación, soy responsable de ser procesado por fraude. Con mi firma, autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para determinar mi elegibilidad para la Caridad. Entiendo que la calificación para al Caridad se limita a 30 días y que al final del período de elegibilidad, debo volver a solicitar para continuar recibiendo los descuentos correspondientes Los servicios con descuento están limitados a aquellos que se cosideren médicamente necesarios. Los solicitantes que califican para descuentos de menos del 100% deberán pagar el saldo restante en su totalidad o tenerlo aprobado.

Williamsburg Regional Hospital: Lista de verificación de Asistencia Financiera/formulario de Caridad

_____ Una copia de los dos últimos talones de pago del paciente

_____ Comprobante de ingresos para el garante y cónyuge (incluido el derdecho consuetudinerio), durante al menos tres meses antes de los servicios del paciente

_____ Carta de prestaciones de desempleo o talons de cheques

_____ Beneficios de Seguridad Social/Carta de adjudicación SSI

_____ Subvenciones del Departamento de Servicios Social y/o cantidad de cupones alimentos

_____ Delaración por escrito demanutención de los hijos si esto se aplica al garante

_____ Copia del estado de cuenta la hipoteca

_____ Una carta de apoyo de la persona que provee comida y refugio

_____ Prueba de cupones de alimento

_____ Una copia de los estados de cuenta de cheques y ahorros de garante, certificados de depósitos, anualidades, fideicomisos, fondos mutuos, acciones, bondas, cuentas IRA, 401K, 403b, cuentas de jubilación, etc

_____ Una copia de la identificación con foto

_____ Forma de la Caridad completa

_____ Copia de la declaración de impuestos federales 1040 y documentos adjuntos del paciente/ garante del año en curso

_____ Si el paciente no fue aprobado para un descuento de Caridad del 100%,¿Tiene un pago acuerdo con el paciente por su responsabilidad¿

Williamsburg Regional Hospital Asistencia financiera/Formulario de Caridad

Información demográfica:

Nombre de Paciente: _____ # de Cuenta: _____

Parte Responsable/Solicitante: _____ Teléfono de casa: _____

Nombre: _____ Estado Civil: _____

Dirección: _____ # de Seguridad Social: _____

_____ Empleado por: _____

Si no tiene empleo, ¿cuando fue el ultimo día de empleo? _____

Información de Seguro:

¿Tienes seguro médico? Sí _____ No _____

(Medicare, Medicaid, otro)

Sí, Compañía de Seguro y número de póliza

Nombre: _____ Póliza# _____

Nombre: _____ Póliza# _____

Nombre: _____ Póliza# _____

¿El tratamiento/ enfermedad, se debe a un accidente? Yes _____ No _____

Si es, fecha del accidente: _____ Yes _____ No _____

¿Está pendiente la reclamación? Yes _____ No _____

Tamaño del Hogar: _____ Ingresos: _____

(incluya solo los miembros de familia y dependientes según lo reclamado en los impuestos; los miembros de la familia deben ser contados (independientemente de que contribuyan o no con sus ingresos.) Seguridad social, beneficios de veteranos, pensiones u otros ingresos de jubilación, compensación por desempleo, compensación de trabajadores, pensión alimenticia o para hijos, ingresos por intereses etc.)

Nombre del Miembro de Familia	Relación con el solicitante	Fecha de Nacimiento	Ingresos	Frecuencia (Mez/Año)	Ingresos Fuente

Williamsburg Regional Hospital Asistencia financiera/Formulario de Caridad

Sólo Para Uso Interno (For Internal Use Only)

Patient Name _____

Acct# _____

Amount turned over to outside collection agency \$ _____

Amount approved by WRH for Charity \$ _____

Materials needed to process application: _____

Date of 1st Bill _____

Date WRH Received Application and Supporting Documents _____

Was Application received within 30 days? (Circle One) Yes or No

Extended 5 Days (Circle One) Yes or No NA Final Date _____

Approvals

Collections Staff Processing Request _____ Date: _____

Collections Manager's Signature _____ Date: _____

Chief Financial Officer's Signature _____ Date: _____

Chief Executive Officer's Signature _____ Date: _____

Date Billing Department was notified of Charity Approval _____

Date Collections was Stopped on This Account _____