



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Teléfono: 417-269-0523 Springfield o 417-348-8930 Branson o 417-354-1118 Monett o 417-681-5100

Barton County

Correo electrónico: [FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com](mailto:FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com)

Importante: USTED PUEDE SER ELEGIBLE PARA OBTENER ATENCIÓN CON DESCUENTO. Completar esta solicitud ayudará a CoxHealth a determinar si usted puede recibir servicios con descuento o si es elegible para otros programas públicos que pueden ayudar a pagar su atención de salud.

SI NO TIENE SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR PARA LA ATENCIÓN CON DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un Número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No es obligatorio proporcionar un Número de Seguro Social, pero ayudará al hospital a determinar si usted califica para algún programa público.

Complete este formulario y entréguelo al hospital en persona o por correo postal a:

CoxHealth
Attn: Financial Counselors
P O Box 650
Branson, MO 65615
Fax 417-335-7071

o por correo electrónico a [FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com](mailto:FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com), para solicitar atención con descuento en un plazo de 240 días después de la fecha de facturación inicial.

El paciente reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

Formulario con secciones: INFORMACIÓN DEL PACIENTE, INFORMACION DE EMPLEO, OTRA INFORMACIÓN. Incluye campos para nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social, dirección, teléfono, correo electrónico, y preguntas sobre accidentes, delitos, y dependientes.

\* Dependiente significa un menor o cualquier persona que figura como dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona.

**INDIQUE TODAS LAS COBERTURAS DE SEGUROS EN LA SECCIÓN A CONTINUACIÓN QUE ESTÁN RELACIONADAS CON EL SERVICIO RECIBIDO**

Tipo de seguro	Nombre del seguro	Número de póliza	Número de grupo
Seguro de salud			
Medicare			
Suplemento de Medicare			
Medicaid			
Beneficios para Veteranos			

**INGRESOS Y GASTOS MENSUALES**

Adjunte los siguientes documentos como Comprobante de Ingresos:

- |  |   |
|--|---|
| A. Declaración de impuestos federales más reciente                                       | B. Formulario W-2 y formularios 1099 más recientes  |
| C. Dos (2) talones de pago más recientes   | D. Verificación de ingresos por escrito de parte del empleador si recibe pago en efectivo - si no hay hace una declaración de impuestos o W-2 |
| E. Verificación de No Presentación de Declaración de Impuestos (Formulario 4506 del IRS) |   |

**	Paciente	Cónyuge/Pareja	Padres/Tutor
Salarios mensuales brutos			
Ingresos de trabajo por cuenta propia			
Seguro Social			
Incapacidad del Seguro Social			
Incapacidad privada			
Discapacidad de veteranos			
Pensión de veteranos			
Desempleo			
Compensación laboral			
Ingresos de jubilación			
Manutención de los hijos			
Pensión alimenticia u otra manutención conyugal			
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)			
Otro, indique			

GASTOS	GASTOS MENSUALES
Vivienda	
Servicios públicos (es decir, teléfono, gas, electricidad, agua)	
Alimentos	
Cuidado de niños	
Transporte	
Gastos médicos	
Otros gastos	

\*\* La tabla anterior es opcional si solicita asistencia únicamente relacionada con servicios ambulatorios.

**Confirmación de la solicitud de Missouri Health Net, Medicaid o Marketplace**

Si ha solicitado Missouri Health Net, Medicaid o Marketplace y todavía no ha recibido su determinación, indique a continuación la fecha y el condado de la solicitud. No tiene que indicar lo anterior si está enviando su carta de denegación con su solicitud.

Fecha de la solicitud \_\_\_\_\_ Condado de la solicitud \_\_\_\_\_

**ADJUNTE OTRA INFORMACIÓN PERTINENTE RESPECTO A LA SITUACIÓN FINANCIERA**

**CERTIFICACIÓN:** Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la cual pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura del hospital. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por CoxHealth, y los autorizo a contactar a terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si a sabiendas proporciono información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir Asistencia Financiera, y cualquier Asistencia Financiera que se me otorgue se puede revertir y seré responsable del pago de la(s) factura(s).

Firma del paciente/parte responsable:

Fecha: