SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

IMPORTANTE: Llene la solicitud con la mayor precisión posible y devuélvamela a la dirección indicada más abajo. También puede enviarme por fax o por correo electrónico la solicitud y los documentos justificativos. Incluya los siguientes documentos con la solicitud completada:

- Copia de su más reciente declaración de impuestos del IRS O carta de beneficios de; Seguro Social
- Tres meses de estados bancarios detallados
- Los tres últimos talones de pago para verificar los ingresos

Es importante que responda a todos los puntos de la solicitud de la forma más completa posible y que aporte pruebas de ingresos. Para ser considerado para la asistencia financiera, debemos tener su solicitud con los documentos de apoyo dentro de los 14 días siguientes a esta carta.

OrthoNebraska comparará sus ingresos con las Directrices Nacionales de Pobreza establecidas por el Congreso. Se le notificarán por escrito los resultados de nuestra revisión y la cantidad de asistencia que puede esperar recibir.

Su solicitud de asistencia financiera es válida durante los 90 días anteriores al día de la solicitud hasta la aprobación y finalización de la misma por parte de OrthoNebraska. Si se necesitan servicios adicionales, póngase en contacto conmigo o con otro miembro de mi equipo para hablar de otras necesidades de asistencia.

Atentamente,

Cora Johnson
Consejera financiera principal de los pacientes
OrthoNebraska
2808 South 143rd Plaza
Omaha, NE 68144
Cora.johnson@orthonebraska.com
(Línea directa) 402-609-2426
(Línea del equipo) 402-609-2423
(Fax) 402-609-2435

Nebraska Orthopaedic Hospital, LLC and OrthoWest, PC are operating under the name OrthoNebraska. For more information, visit OrthoNebraska.com/legal.

Aplicación de Asistencia Financiera con OrthoNebraska

Nombre del Paciente _____ Número de Expediente Medico _____

Número de Seguro Social del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Direccion _____ Numero Telefonico _____

Nombre del Cónyuge _____ Número de Seguro Social del Cónyuge _____

Nombre, dirección y número de póliza de la Compañía de Seguros:

Nombre _____ Dirección _____ Numero de Póliza _____

Enliste sus dependientes & fechas de nacimiento

/ /	/ /	/ /

Ingreso anual y actual combinado del hogar: $_____

Prueba de ingresos: Una copia de la siguiente información debe acompañar su aplicación: 1. La más actual declaración de Impuestos Federales 2. Los últimos tres talones de pago (todos los ingresos) 3. Tres últimos meses de estados de cuentas bancarias detalladas 4. Documentación de otros recursos de ingreso: Seguro Social, Discapacidad, Desempleo, Asistencia de VA, Compensación al Trabajador, Jubilación de los Ferrocarriles, Pensiones, Asistencia Pública, Otra jubilación, Manutención de los Hijos, Manutención del Cónyuge.

Nombre del Empleador(s) del Paciente _____

Pago $ _____ ❍ Semanal ❍ Dos por Semanan ❍ Mensual ❍ Otro

Nombre del Empleador(s) del Paciente _____

Pago $ _____ ❍ Semanal ❍ Dos por Semanan ❍ Mensual ❍ Otro

Bienes _____

Por favor escriba el dinero en efectivo, cuentas de ahorros, valor de mercado de acciones & bonos, IRA's, etc.

Responsabilidades: Por favor proporcione la cantidad de pagos mensuales y el saldo adeudado

Renta/Pago de Hipoteca _____ Unión de Crédito _____

Préstamos Personales _____ Cuentas de Crédito _____

Compañías Financieras _____ Préstamos de Banco _____

Seguro de Auto _____ Utilidades _____

Seguro Médico _____ Cuidado de los Niños _____

Gastos Médicos _____ Teléfono & Cable _____

Agencias de Colecciones _____ Comida _____

SI NO HAY INGRESOS, POR FAVOR DOCUMENTE COMO SE MANTIENE A SI MISMO

¿Han aplicado usted o su benefactor a recibir asistencia por otra fuente?

Medicaid _____ Condado _____ Discapacidad _____ Otro _____

Yo certifico que toda la información escrita en este documento es verdadera y correcta según lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que esta información será usada para comprobar mi habilidad de pagar por los servicios, los cuales son proveídos a mí por OrthoNebraska. Yo, por este medio, le doy permiso al personal autorizado del OrthoNebraska a recibir, proveer, o actuar con la información financiera, e investigar la información contenida aquí. La investigación debería incluir el contacto, por comunicación escrita o telefónica, de esas personas, firmas, corporaciones, etc, escritas por usted en este documento de información financiera. La investigación puede también que incluya un cheque de crédito. Yo libero al personal del médico designado y las personas que suministran información a la solicitud del personal del médico, responsabilidad por cualquier comisión u omisión, comunicaciones de divulgaciones que se han hecho conforme a tal investigación. Yo entiendo que la entrega de información falsa, me descalificara automáticamente de recibir cualquier tipo de asistencia.

Firma del Beneficiario _____ Fecha _____

Firma del Cónyge _____ Fecha _____

Envíelo a: OrthoNebraska
2808 South 143rd Plaza
Omaha, NE 68144