



CoxHEALTH FOUNDATION

APLICACIÓN DE ASISTENCIA AL PACIENTE

For Office Use: Payment
source: Fund/Grant

Approved by:

Los fondos para la asistencia son posibles a través de los donantes del CoxHealth Foundation. Este programa es para la asistencia financiera para facturas médicas/asistencia de cuidado al paciente solo en CoxHealth.

☐ **Estoy aplicando para asistencia con los gastos del hospital.**

1. **Adjunte comprobante de ingresos:** ejemplos son declaración de impuestos, talón de pago, discapacidad o carta del Seguro Social. Se debe adjuntar un mínimo de un formulario o una explicación de por qué no hay datos adjuntos. Si no se incluye la información de ingresos, se demorará la revisión de su solicitud y es posible que nieguen la asistencia financiera. Para las solicitudes de pacientes hospitalizados, se requiere una revisión del manejo de casos si no hay información financiera disponible de inmediato.
2. **Si usted no tiene seguro médico, primero debe haber aplicado para el Programa de Asistencia Financiera de CoxHealth.** Comuníquese con los Servicios Financieros para Pacientes al 417-269-0532 o al 417-269-3117 para obtener una aplicación. Esto ayudará a proveerle un DESCUENTO en sus facturas, hasta el 90%.
3. **Establezca un plan de pago con los Servicios Financieros para Pacientes de CoxHealth** para el saldo pendiente en su factura, demostrando que está trabajando de buena fe para hacer su parte. Si sus facturas están en cobranza al momento de la revisión, se le negará.

Note: Las aplicaciones son revisadas mensualmente y se le informará a usted por carta si lo aprueban o rechazan. La revisión puede durar varios meses desde el momento de la entrega de la solicitud dependiendo en el volumen de solicitudes recibidas. Se da prioridad a aquellos con un plan de pago establecido.

☐ **Estoy aplicando para asistencia con servicios del hospital/recetas/equipo/necesidades especiales que no están cubiertos por seguro médico.**

1. **Adjunte algún comprobante de ingresos a la aplicación y una carta o el formulario del trabajador social o de la oficina del médico para verificar su solicitud. Este formulario/ carta debe incluir el costo de lo que se solicita y dónde se comprará. Todas las solicitudes de medicamentos se completarán en las farmacias de CoxHealth como primera opción.** Solicite ayuda a su trabajador social para obtener la información de costos requerida. ¿No tiene trabajador social? Llame al 269-6114 - CoxHealth Case Management.

Note: Las aplicaciones serán revisadas en el orden que se recibieron.

¿Preguntas? Llame al 417-269-7150
Lunes a Viernes de 8:30 AM – 5:00 PM

Envíe la aplicación completa, comprobante de ingresos y explicación de la necesidad al:

CoxHealth Foundation
3525 S. National, Suite 204
Springfield, MO 65807
Fax: 417-269-9599

www.coxhealthfoundation.com

Si no se reciben todos los materiales requeridos, puede retrasar la revisión de su aplicación.



CoxHEALTH FOUNDATION

APLICACIÓN DE ASISTENCIA AL PACIENTE

For Office Use: Payment
source: Fund/Grant

Approved by:

INFORMACIÓN DEL APLICANTE

Nombre del Paciente:		
Fecha de Nacimiento:	SSN:	Teléfono:
Correo Electrónico:		
Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Nombre de Esposo(a):	Nombre de Guardián:	
Número de Hijos que Viven en su Casa:	Edades de sus Hijos:	
Numero de Nietos que Viven en su Casa:	Familia Adicional que Vive en su Casa:	

INFORMACIÓN DE EMPLEO/INGRESOS

Empleador Actual:		¿Cuánto tiempo?
Ingreso Bruto Mensual: \$	Pago de Seguro Social: \$	Desempleo: \$
Pensión Alimenticia: \$	Manutención Infantil: \$	Ingresos Adicionales: \$
Empleador de Esposo(a):	Ingreso Bruto Mensual de Esposo(a): \$	

COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO (SI NO TIENE SEGURO, APLIQUE A LOS SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES PARA UN DESCUENTO. LLAME AL 269-0523 PARA OBTENER ASISTENCIA)

¿Su factura está relacionada con un accidente? Sí No		¿Compensación laboral? Sí No	
Seguro Médico:	Sí No	Nombre de Compañía de Seguro Médico:	
Medicaid:	Sí No	¿Si no lo tiene, usted ha aplicado por Medicaid? Sí No	Fecha que aplicó:
Medicare:	Sí No	¿Otro? (detalle):	

INFORMACIÓN DE CUIDADO

Nombre(s) del médico(s):			
Fecha(s) del Servicio:	ER Ambulancia	Paciente Interno Otro	Paciente Ambulatorio Servicio Médico Urgente

ACTIVOS FINANCIEROS

Nombre del Banco:	
Cantidad en Su Cuenta de Cheques: \$	Cantidad en Su Cuenta de Ahorros: \$
CD's / Acciones / Bonos: \$	Pensión: \$
Fondo de Jubilación: \$	Inversiones: \$

PROPIEDADES

¿Usted es dueño(a) de su casa? Sí No	Compañía Financiera:
--	----------------------



CoxHEALTH FOUNDATION

APLICACIÓN DE ASISTENCIA AL PACIENTE

For Office Use: Payment
source: Fund/Grant

Approved by:

Cuenta Debida: \$	Valor de la Propiedad: \$	Pago Mensual: \$
¿Es usted el dueño(a) de propiedad alquilada? ☐ Sí ☐ No	Si es así, ingresos mensuales: \$	
¿Usted es dueño de terreno en acres? ☐ Sí ☐ No	Si es así, pago mensual: \$	
PROPIEDAD PERSONAL		
Año del Automóvil:	Marca:	Modelo:
Año del Automóvil:	Marca:	Modelo:
Año de Troca:	Marca:	Modelo:
Año de Vehículo Recreativo:	Marca:	Modelo:
Año de Lancha:	Marca:	Modelo:
Año de Maquinaria Agrícola:	Marca:	Modelo:
Ganadería: ☐ Sí ☐ No	Si es así, liste:	
GASTOS MENSUALES		
Renta/Hipoteca: \$	Utilidades: \$	Propano/Gas: \$
Comida: \$	Gasolina: \$	Celular: \$
Seguro Médico: \$	Seguro de Auto: \$	Otro: \$
Manutención de Niños: \$	Pensión Alimenticia: \$	Otro: \$
Préstamo (tipo/compañía financiera):		Cantidad: \$
Préstamo (tipo/compañía financiera):		Cantidad: \$
Tarjeta de Crédito:		Cantidad: \$
Tarjeta de Crédito:		Cantidad: \$
<u>GASTOS MÉDICOS PENDIENTES</u> - SI NO TIENE SEGURO, SOLICITE LOS SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES PARA UN DESCUENTO MEDICO. LLAME AL 269-0523 PARA ASISTENCIA CON LOS CARGOS DEL HOSPITAL EN SUS FACTURAS. PUEDE SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA PARA <u>LA MAYORÍA</u> DE LOS MÉDICOS DE COXHEALTH. SI TIENE DUDAS DE QUE SU MÉDICO ACEPTARÁ EL DESCUENTO DE ASISTENCIA FINANCIERA, ASEGÚRESE DE PREGUNTARLE A SU MÉDICO		
Médico(a) o proveedor(a):		Cantidad: \$
Médico(a) o proveedor(a):		Cantidad: \$
Información médica adicional:		



CoxHEALTH FOUNDATION

APLICACIÓN DE ASISTENCIA AL PACIENTE

For Office Use: Payment
source: Fund/Grant

Approved by:

Por favor, detalle por qué necesita ayuda y con QUÉ necesita ayuda---qué problema de salud tiene. Use una hoja de papel adicional si es necesario, o escriba en el reverso de esta solicitud. NO DEJE ESTE EN BLANCO. Esto debe completarse para que su solicitud sea considerada.

Si usted recibe asistencia, ¿podemos contar su historia para alentar el apoyo de donantes futuros? Los donantes hacen posibles las becas.

☐ **¡Sí!** Puedes usar mi historia, contáctame.

☐ **No.** Por favor, mantenga privada mi historia.

Verifico que la información contenida en esta solicitud de fondos es correcta, completa, y verdadera. Al firmar esta solicitud, doy autorización al CoxHealth Foundation para obtener y verificar cualquier información financiera o médica en esta solicitud. Entiendo que esta asistencia es SOLO para los servicios de CoxHealth.

Firma del Aplicante

Fecha