
Los fondos para la asistencia son posibles a través de los donantes de la Fundación de CoxHealth (CoxHealth Foundation). El objetivo es ayudar a los pacientes durante un momento de crisis financiera con su cuidado médico para ayudarlos en el camino hacia recuperación y buena salud. Este programa es para la asistencia financiera para facturas médicas/asistencia de cuidado al paciente en CoxHealth y no incluye fracturas de doctores.

Estoy aplicando para asistencia con los gastos del hospital.

Note: Usted ya debería de haber recibido servicios en CoxHealth. No se realizan aprobaciones previas para esta fuente de asistencia financiera.

1. Adjunte comprobante de ingresos: declaración de impuestos, comprobante de pago, discapacidad o carta del Seguro Social. Se debe adjuntar un mínimo de un formulario. **Si no se incluye la información de ingresos, se demorará la revisión de su solicitud y es posible que nieguen la asistencia financiera.** Por favor no envíe originales.
2. *Si usted no tiene seguro médico o si se considera médicamente indigente:* debe haber completado el Programa de Asistencia Financiera con los Servicios Financieros para Pacientes de CoxHealth (CoxHealth Patient Financial Services) antes de aplicar para este subsidio. Comuníquese con los Servicios Financieros para Pacientes al 417-269-0532 o al 417-269-3117 para obtener una aplicación.
3. *Si usted ya tiene seguro médico:* usted no califica para el programa mencionado arriba y debe completar esta aplicación.
4. *Ya sea que usted tenga seguro médico o no:* usted debe establecer un plan de pago con los Servicios Financieros para Pacientes de CoxHealth para la cuenta pendiente en su factura. Los pagos mensuales deben mantenerse actualizados.

Note: Las aplicaciones son revisadas mensualmente. Se le informará a usted por carta si lo aprueban o rechazan. La revisión puede tardar varios meses desde el momento de la entrega de la solicitud dependiendo en el volumen de solicitudes recibidas.

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

Note: Las siguientes situaciones son ejemplos de lo que califica para este subsidio: Colonoscopias, Medicamentos con Receta, Cuidado del Seno (mamografía y biopsia, y también seguimiento de cuidado), Clases de Educación sobre Diabetes, Ayudas para el Hogar y Terapias.

1. Adjunte comprobante de ingresos: declaración de impuestos, talón de ingresos, discapacidad o carta de la Seguridad Social. Se debe adjuntar un mínimo de un formulario. **Si no se incluye la información de ingresos, se demorará la revisión de su solicitud y la posible denegación de asistencia financiera.** Por favor no envíe originales.
2. Detalle las circunstancias que han causado que usted solicite esta asistencia. Sea específico con respecto a qué condición médica está recibiendo tratamiento y qué impacto tiene esta solicitud en su salud.
3. **Si usted solicita medicamentos o equipo, también debe enviar un presupuesto del costo de la farmacia o del proveedor del equipo médico. La solicitud no se puede aprobar sin la cantidad en dólares requerido para esta solicitud porque la mayoría de los fondos tienen limitaciones.**

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



COXHEALTH FOUNDATION

APLICACIÓN DE ASISTENCIA AL PACIENTE

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

Envíe la solicitud 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, la solicitud se considerará incompleta y no se revisará.

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 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			
¿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 usted:
Medicare:	Sí No	¿Otro? (detalle):	
INFORMACIÓN DE CUIDADO			
Nombre(s) del médico(s):			
Fecha(s) del Servicio:	ER Ambulancia	Paciente Interno Otro	Paciente Externo Servicio Médico Urgente



COXHEALTH FOUNDATION

APLICACIÓN DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Explique por qué usted recibió su cuidado en CoxHealth:

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:

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: \$



COXHEALTH FOUNDATION

APLICACIÓN DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Manutención de Niños: \$	Pensión Alimenticia: \$	Otro: \$
Préstamo (tipo/compañía financiera):		Cantidad: \$
Préstamo (tipo/compañía financiera):		Cantidad: \$
Tarjeta de Crédito:		Cantidad: \$
Tarjeta de Crédito:		Cantidad: \$
GASTOS MÉDICOS PENDIENTES		
		Cantidad: \$
		Cantidad: \$

Por favor, detalle las circunstancias que lo llevaron a solicitar este fondo. Sé lo más detallado posible; use una hoja de papel adicional si es necesario, o escriba al reverso de esta solicitud. Un comité revisa las solicitudes y más información que usted puede proveer y una mejor comprensión de su necesidad lo ayudarán a determinar la concesión.

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

iSí! Puedes usar mi historia, contáctame. **No.** Por favor, mantenga privada mi historia.

Verifico que, a mi mejor conocimiento, la información contenida en esta solicitud es correcta y que puedo proveer prueba de cualquier información que se indique en esta aplicación si así lo solicita.

Firma del Aplicante	Fecha
----------------------------	--------------