



CERERE DE ASISTENȚĂ FINANCIARĂ

Telefon: 417-269-0523 Springfield sau 417-348-8930 Branson sau 417-354-1118 Monett sau 417-681-5100 Cox Barton County

E-mail: Internări-FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com

Important: AȚI PUTEA FI ELIGIBIL(Ă) PENTRU A PRIMI ÎNGRIJIRI LA REDUCERE Completând această cerere, CoxHealth poate stabili dacă puteți beneficia de servicii la reducere sau dacă sunteți eligibil(ă) pentru alte programe publice care pot ajuta la plata îngrijirilor dvs. de sănătate.

DACĂ NU SUNTEȚI ASIGURAT(Ă), PENTRU A FIE ELIGIBIL(Ă) PENTRU ÎNGRIJIRI LA REDUCERE NU ESTE NECESAR SĂ AVEȚI UN NUMĂR DE SECURITATE SOCIALĂ. Cu toate acestea, pentru unele programe publice, inclusiv Medicaid, Numărul de Securitate Socială este necesar. Furnizarea unui Număr de Securitate Socială nu este necesară, dar acest lucru va ajuta spitalul să stabilească dacă sunteți eligibil(ă) pentru unul din programele publice.

Vă rugăm să completați acest formular și să îl transmiteți spitalului, personal sau prin poștă la:

CoxHealth În atenția: Consilierilor financiari 1423 N. Jefferson Ave. Springfield, MO 65802 Fax 417-269-0518	Cox Medical Center Branson În atenția: Consilierilor financiari P O Box 650 Branson, MO 65615 Fax 417-335-7071	Cox Monett Hospital În atenția: Consilierilor financiari 801 N. Lincoln Ave. Monett, MO 65708 Fax 417-354-1185	Cox Barton County Hospital În atenția: Consilierilor financiari 29 NW 1st Lane Lamar, MO 65759 Fax 417-681-5266
--	--	--	---

sau prin poștă electronică către [Internări - FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com](mailto:Internări-FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com), pentru a solicita îngrijiri medicale la reducere în interval de 240 zile de la data facturării inițiale.

Pacientul recunoaște că el sau ea a depus eforturi cu bună credință pentru a furniza toate informațiile solicitate în cerere astfel încât să ajute spitalul să stabilească dacă pacientul este eligibil pentru asistență financiară.

INFORMAȚII DESPRE PACIENT		
Numele pacientului	Data nașterii	Nr. de Securitate Socială (Opțional și ne-necesar)
Pacient		Persoana responsabilă pentru factură
Rezident în Missouri la momentul notificării? Da ____ Nu ____		Nume
Strada		Strada
Oraș, Stat Cod poștal		Oraș, Stat Cod poștal
Telefon: ()		Telefon: ()
E-mail:		E-mail:
INFORMAȚII DESPRE ANGAJARE		
Angajatorul pacientului	Angajatorul Soțului/Soției/Partenerului/Partenerei/Tutorelui	
Strada	Strada	
Oraș, Stat Cod poștal	Oraș, Stat Cod poștal	
Telefon: ()	Telefon: ()	
ALTE INFORMAȚII		
1. Pacientul a fost implicat într-un accident care a impus accesarea de servicii?	Da ____ Nu ____	
2. Pacientul a fost victima unei infracțiuni care a impus accesarea de servicii?	Da ____ Nu ____	
3. Numărul de persoane din familia și/sau gospodăria pacientului?		
4. Numărul de persoane care se află în întreținerea* pacientului?		
5. Care este vârsta persoanelor aflate în întreținerea* pacientului?		
6. La momentul notificării sau mai târziu, pacientul era/este divorțat sau separat sau implicat într-o procedură de desfacere a căsătoriei?	Da ____ Nu ____	
7. La momentul notificării sau mai târziu, pacientul se afla/se află în întreținerea unei rude care este divorțată sau separată sau implicată într-o procedură de desfacere a căsătoriei?	Da ____ Nu ____	
8. Dacă răspunsul este da, fie la întrebarea 6 fie la 7, cine este persoana responsabilă cu îngrijirea medicală a pacientului conform acordului sau sentinței de divorț sau de separare? Nume: _____ Relația: _____ Adresă: _____ Oraș, Stat, Cod poștal: _____ Telefon: (_____) _____		
*Persoană aflată în întreținere înseamnă un minor sau orice persoană care este menționată ca persoană aflată în întreținere în declarația fiscală federală a unei alte persoane.		

ENUMERAȚI ÎN SECȚIUNEA DE MAI JOS TOATE ACOPERIRILE DE ASIGURARE CARE SUNT ASOCIATE CU SERVICIUL PRIMIT			
Tip asigurare	Denumire asigurare	Număr poliță	Număr grup
Asigurare de sănătate			
Medicare			
Anexă Medicare			
Medicaid			
Beneficii pentru veterani			

VENITURI ȘI CHELTUIELI LUNARE

Anexați următoarele documente ca dovadă de venit:

A. Cea mai recentă declarație fiscală Federală

B. Cel mai recent formular W-2 și formularele 1099

C. Cei mai recentți doi (2) fluturași de salariu nu există nici o declarație fiscală sau W-2

D. Verificarea scrisă a veniturilor emisă de un angajator dacă acestea sunt plătite în numerar – dacă

E. Dovada nedepunerii (Formularul IRS 4506)

**	Pacient	Soț (Soție)/Partener	Părinți/Tutore
Salariul lunar brut			
Venit din activități independente			
Securitate Socială			
Securitate Socială Dizabilitate			
Dizabilitate privată			
Dizabilitate veterani			
Pensie de veteran			
Șomaj			
Remunerarea angajatului			
Venit din pensii			
Pensie de întreținere minor			
Pensie de întreținere între soți sau alte tipuri de pensii de sprijin între soți			
Asistență temporară pentru familii nevoiașe (ATFN)			
Altele, enumerați			
CHELTUIELI	CHELTUIELI LUNARE		
Locuință			
Utilități (respectiv telefon, gaze, electricitate, apă)			
Alimente			
Îngrijire copii			
Servicii de transport			
Cheltuieli medicale			
Alte cheltuieli			

** Tabelul de mai sus este opțional dacă solicitați asistență doar cu privire la serviciile de tratament ambulatoriu.

Confirmare cerere Missouri Health Net, Medicaid sau Piața de comercializare

Dacă ați aplicat pentru Missouri Health Net, Medicaid sau Piața de comercializare și nu ați primit încă decizia, vă rugăm să indicați mai jos data și comitatul în care ați aplicat. Vă rugăm să nu luați în considerare dacă trimiteți scrisoarea de refuz împreună cu cererea dvs.

Data aplicării _____ Comitatul de unde ați aplicat _____

ATAȘAȚI ALTE INFORMAȚII PERTINENTE PRIVIND SITUAȚIA FINANCIARĂ

CERTIFICARE: Certific faptul că informațiile cuprinse în această cerere sunt adevărate și corecte conform informațiilor pe care le dețin. Voi aplica pentru orice asistență de stat, federală sau locală pentru care aș putea fi eligibil(ă) pentru a fi ajutat(ă) să plătesc factura eliberată de spital. Înțeleg faptul că informațiile furnizate pot fi verificate de CoxHealth, și îi autorizez pe aceștia să contacteze părți terțe pentru a verifica corectitudinea informațiilor furnizate în această cerere. Înțeleg faptul că, dacă voi furniza cu bună știință informații neadevărate în această cerere, nu voi fi eligibil pentru Asistență Financiară, orice fel de Asistență Financiară care mi-a fost acordată îmi va putea fi retrasă, și voi fi responsabil(ă) pentru plata facturii(facturilor).

Semnătură Pacient/Parte Responsabilă:

Data: