Arkansas Children's (ACH y ACNW)

Solicitud de asistencia financiera y descuento según la necesidad

Arkansas Children's ofrece un programa de asistencia financiera y descuentos basados en la necesidad para pacientes que no son elegibles para ningún otro programa de asistencia, incluido, entre otros, Medicaid. Si se determina que existe una posible elegibilidad para otros programas, además de la cooperación para hablar con un asesor financiero, se requiere completar y proporcionar toda la documentación necesaria para determinar dicha elegibilidad. Todos los servicios para los residentes de Arkansas, que sean médicamente necesarios, son elegibles para descuentos de asistencia financiera. Los servicios cosméticos no son elegibles. Solo son elegibles los servicios de emergencia para no residentes. Los servicios para pacientes internacionales no son elegibles bajo esta política. Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame a la Oficina de Admisiones al 501-364-1230 o al número gratuito 1-800-280-1230. Esta solicitud, la política de asistencia financiera y los límites de ingresos se pueden encontrar en el sitio web de AC en: https://www.archildrens.org/patients-and-visitors/billing-and-insurance/financial-assistance/financial-assistance-program

Nombre del paciente_____Fecha de nacimiento_____

Información sobre seguro médico _____

Dirección del garante_____Ciudad_____Estado_____Código postal_____

MIEMBROS DEL HOGAR / INFORMACIÓN DE INGRESOS

Proporcione la siguiente información para todas las personas de su familia inmediata que viven en su hogar.

Hogar	Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco con paciente	Ingresos mensuales brutos de todas las fuentes
Garante				
Otro				
Hijo 1				
Hijo 2				
Hijo 3				
Hijo 4				

Si necesita espacio adicional, use una página separada.

DEBE proporcionar verificación de ingresos. Si proporciona tanto 1 mes de ingresos actuales como la declaración de impuestos del año anterior, se utilizará el menor de los 2 para determinar el descuento. Marque el tipo de verificación de ingresos que está proporcionando:

[ ] Copias de 1 mes de comprobante de pago más actuales.
[ ] Carta del patrón que indique los ingresos brutos de los últimos 30 días.
[ ] Declaración de impuestos sobre la renta del año anterior.
[ ] Estado de cuenta, si declara un ingreso de $ 0, adjunte una breve explicación de cómo se mantiene económicamente

PACIENTES ADULTOS QUE VIVEN CON PADRES: Si tiene 19 años o más y vive con sus padres, sus padres DEBEN proporcionar una copia de su declaración federal de impuestos sobre la renta para verificar si fue declarado como dependiente. Se pueden utilizar los ingresos de los padres.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

Arkansas Children's Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Con mi firma, certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud y en mis anexos es verdadero.

_____ _____

Firma de solicitante Fecha

Envíe el formulario completo y firmado y la información requerida a:

Arkansas Children's, P.O. Box 34114 Slot 100, Little Rock, AR 72203.