

# SALUD DE TIDELANDS

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

 GMH WCH TCCN

**Por favor, lea la solicitud en su totalidad y adjunte TODA la información requerida que se aplica a su situación en la página dos. Las solicitudes incompletas no serán aceptadas y pueden resultar en denegación.**

La solicitud requiere información sobre el paciente junto con otros miembros calificados de la familia/familia inmediata. La aprobación o denegación de esta solicitud se basa en el número de dependientes junto con los ingresos totales y el valor de los activos dentro del hogar. Los solicitantes que puedan calificar para la asistencia del gobierno serán notificados y se les pedirá que cooperen en su totalidad con los otros programas. Si al solicitante se le niega la asistencia gubernamental por una razón válida, asistencia financiera será reconsiderada. **Si su(s) cuenta(s) son el resultado de un accidente automovilístico y hay un posible acuerdo, la asistencia de caridad no estará disponible. Ningún niño menor de 19 años potencialmente elegible para Medicaid se considerará para asistencia financiera sin recibir una carta de denegación válida de Medicaid.**

La solicitud no puede completarse sin verificación de ingresos y activos líquidos. Consulte la lista adjunta de las verificaciones requeridas. Su solicitud será denegada si no proporciona TODA la información requerida. Si la solicitud es denegada debido a la falta de información, el paciente será contactado y tiene 30 días a partir de la fecha de rechazo para devolver toda la información solicitada. Si no se devuelve toda la información necesaria a tiempo, la aplicación se denegará por completo. Debe firmar y fechar la solicitud antes de que se tenga en cuenta su solicitud.

Todas las solicitudes recibirán una evaluación justa por parte de nuestra oficina de negocios. Todas las decisiones son definitivas y no hay un proceso de apelación.

Puede devolvernos su solicitud por fax al número siguiente, o por correo electrónico a la siguiente dirección:

Tidelands Health  
ATTN: Financial Assistance  
PO BOX 421718  
Georgetown, SC  
29442-1718

Tidelands Health Charity  
Coordinator

## **LISTADO DE VERIFICACIÓN**

**POR FAVOR, LEA LA SOLICITUD EN SU TOTALIDAD.**

**SI NO INCLUYE TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA (SEGÚN CORRESPONDA) O COMPLETA TODAS LAS SECCIONES, SE DENLEGARÁ LA SOLICITUD.**

Si usted tiene un hijo en el hogar menor de 19 años y hay potencial para la elegibilidad de Medicaid, una carta de denegación de Medicaid debe ser revisada antes de que se considere la asistencia de caridad.

Si usted es elegible para cualquier otra asistencia como Medicaid, compensación de trabajadores, víctimas del crimen, MIAP, etc., estos programas deben ser revisados antes de considerar este programa de caridad.

Declaración de impuestos federal del año pasado (Formulario 1040) incluyendo todos los horarios y anexos. Si no presentó los impuestos del año pasado, se debe proporcionar la declaración de los años más actuales. Si, por alguna razón no presenta impuestos, por favor proporcione una explicación de por qué.

Declaración de impuestos federal del año pasado, incluyendo todos los horarios y archivos adjuntos para cualquier negocio que usted posea total o parcialmente.

Verificación de los ingresos de lo siguiente (según corresponda):

- Declaración de salarios de las últimas 8 semanas para todos los asalariados. Estos deben ser fechas de vuelta a la parte posterior. Los W-2 no son suficientes para la prueba de salarios / ingresos.
- Documentación del Seguro Social o de la Administración de Veteranos que indique cuánto recibe usted (y/u otros miembros de su familia) cada mes. Usted debe proporcionar la carta de premio que recibió cuando se emitieron sus beneficios.
- Declaración de salario para cualquier persona en el hogar que reciba desempleo, compensación del trabajador, manutención de niños, pensión, jubilación, otros ingresos por intereses o cualquier otro ingreso para usted y/o el hogar.
- Si actualmente no tiene ningún ingreso, proporcione una carta de apoyo financiero de las personas que actualmente lo están apoyando.

Copia de la evaluación fiscal más reciente para todos los bienes inmuebles. Incluido, pero no limitado a la casa, tierra, patrimonio de la vida, casa móvil, condominio, tiempo compartido, edificio, etc.

Copia de su estado de cuenta hipotecario más reciente que enumera el monto total del préstamo pendiente de su institución financiera.

Copias de los 2 estados más recientes para cada activo líquido de la institución financiera. Incluido, pero no limitado a cuentas de cheques y ahorros, certificados de depósito, anualidades, fideicomisos, fondos mutuos, acciones, bonos, IRA, 401k, 403b, cuentas de jubilación, etc. Estas instrucciones deben contener todas las páginas con transacciones y detalles.



## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

### Sección I – información para el paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ estado civil: \_\_\_\_\_

El nombre del cónyuge (si corresponde): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ teléfono alterno: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Condado de residencia: \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido: Estados Unidos correo      correo electrónico      teléfono

### Sección II – dependientes

\* Si la factura es para alguien menor de 19 años, por favor póngase en contacto con su oficina local Medicaid \*

Nombre de la persona	Relación	La seguridad social.	Fecha de nacimiento

### Sección III – seguro médico

¿Alguien en la casa actualmente tiene seguro médico?      SÍ      NO

Nombre de la persona	Compañía de seguros	Política #

## Sección IV – ingresos

¿Usted o alguien en la casa actualmente tiene algún ingreso?

SÍ

NO

Los ingresos incluyen el salario o sueldo antes de deducciones, compensación por desempleo, manutención, seguridad social, beneficios de veteranos, pensión u otros ingresos de jubilación, pensión alimenticia, bruto recibos de autoempleo y pagos de asistencia pública regular como AFDC o SSI, compensación del trabajador, los ingresos por intereses, etc..

**\* Si usted no tiene ingresos, proporcione por favor la carta de apoyo financiero.**

**Por favor adjunte adecuada verificación de los ingresos a continuación junto con la más reciente declaración de impuestos federales.**

Nombre de la persona	Ingreso anual bruto	¿Con qué frecuencia paga?	Fuente de ingresos

## Sección V – inmobiliaria

¿Usted o alguien en el hogar dueño de cualquier inmueble?

SÍ

NO

Bienes raíces incluye casa, terreno, vitalicia, Mobil-home, condo, tiempo compartido, edificios, etc..

¿Posees (total o parcialmente) una empresa propietaria de bienes raíces?

SÍ

NO

**Por favor adjunte copia de las evaluaciones de impuestos del condado junto con la más reciente declaración de hipoteca.**

Tipo de propiedad	Nombre del propietario	Ubicación de la propiedad	Monto adeudado en propiedad

## Sección VI – activos líquidos

¿Usted o alguien en el hogar tienen activos líquidos?

SÍ

NO

Por favor adjunte copias de las 2 últimas declaraciones más recientes para cada activo más abajo.

Tipo de activo	Y / N	Nombre del propietario	Institución	Equilibrio / valor
El dinero en mano				
Cuenta de cheques				
Tus				
Certificados de depósito				
Anualidades, fideicomisos, Acciones o bonos				
401 k / 403b IRA, etc.				

¿Usted o alguien en el hogar dueño de una empresa con activos líquidos?

SÍ

NO

En caso afirmativo, ¿qué porcentaje de la empresa posee? \_\_\_\_\_ %

Por favor adjunte copias de las 2 últimas declaraciones más recientes para cada activo de negocio más abajo.

Tipo de activo	Y / N	Nombre del propietario	Institución	Equilibrio / valor
El dinero en mano				
Cuenta de cheques				
Tus				

**Sección VII – los solicitantes información adicional**

Si el solicitante tiene cualquier circunstancia especial que les gustaría Tideland's salud a considerar en la aplicación, por favor explique abajo:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Sección VII – declaración de entendimiento**

Entiendo que mi caso es confidencial y ninguna información será liberada a menos que lo autorice.

Entiendo que por solicitar o recibir asistencia a través de esteros salud programa de beneficencia, asigna automáticamente a la salud Tideland's cualquier cantidad que yo tenga derecho a recuperar de cualquier asegurador privado o de terceros, no debe exceder el monto de la reducción de la caridad de mi factura (s).

Certifico que he leído, o había leído a mí, todas las declaraciones en esta solicitud y que la información proporcionada es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que si me han dado deliberadamente cualquier información falsa o ha ocultado ninguna información con respecto a mi situación, yo soy responsable de acusación por fraude. Con mi firma, yo autorizo la publicación de cualquier información, incluyendo informes de crédito, necesarios para determinar mi elegibilidad para el programa de caridad Tideland's salud.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# FINANCIAL ASSISTANCE GUIDELINES

FAMILY SIZE	GROSS ANNUAL INCOME LESS THAN (200% OF POVERTY)	PATIENT RESPONSIBLE FOR 0% OF CHARGES
1	\$	29,160
2	\$	39,440
3	\$	49,720
4	\$	60,000
5	\$	70,280
6	\$	80,560
7	\$	90,840
8	\$	101,120
EACH ADTL FAMILY MEMBER:		\$ 10,280

Effective Date: 02/01/2023