

# APLICACION PARA ASISTENCIA FINANCIERA HOLYOKE MEDICAL CENTER (HMC)

## COSAS QUE SABER

### COMO APLICAR

Puede acceder a la aplicación y enviar en cualquiera de las siguientes maneras:

- **Visitando** HMC para aplicar en persona.
- **Llamar** Consejero Financiero de HMC para pedir que una solicitud le sea enviada.
- **Internet** en [www.holyokehealth.com](http://www.holyokehealth.com) para descargar una solicitud y enviarla a:

Holyoke Medical Center  
ATTN: Financial Counselor  
575 Beech Street  
Holyoke, MA 01040

### Uso de esta aplicación

- Esta aplicación se utiliza para determinar si usted es elegible para asistencia financiera de HMC o si usted puede calificar para cobertura de seguro médico a través de otros programas.
- Si usted está solicitando para otra persona, por favor responda a todas las preguntas usando la información del solicitante.

### ¿Quién puede usar esta aplicación?

- Aquellos cuyo ingreso es menos que el 300% del Nivel Federal de Pobreza; y
- Cualquiera que haya solicitado y se les ha negado Asistencia Financiera bajo el programa de Asistencia Financiera del Estado de MA, es decir, HSN, MH etc.; y
- No tiene ningún tipo de seguro para cubrir los servicios rendido que son médicamente necesarios; y
- Es un residente de Massachusetts; sin embargo, si el solicitante es residente de otro estado que puede proveer evidencia de que ha sido negado asistencia financiera pública en su propio estado, también podemos aplicar este descuento.

### Que usted pueda necesitar para aplicar

- **Prueba de Ingreso:** Mas reciente Declaraciones de Impuestos con W-2, 3 talonarios más recientes, o declaraciones de salario e impuestos.
- **Identificación con Foto del Gobierno**
- **Negación de los Programas Estatales de Asistencia Financiera:** Carta de rechazo de MH o HSN.

### Instrucciones Generales

- Por favor, **escriba claramente y responda a todas las preguntas completamente.**
- Por favor, envíe **todas** las páginas de su aplicación con los documentos de apoyo.

### ¿Qué sucede después?

Usted recibirá una carta en el correo dentro de los 30 días siguiente a la fecha en que la solicitud es recibida; con una decisión si la aplicación ha sido aprobada o negada para Asistencia Financiera.

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido	Primer Nombre	SN	Numero Seguro Social/ Numero Tax I.D.
Dirección Residencial			(Casa) (    ) (Trabajo) (    )
Ciudad	Estado	Código Postal	Numero de Teléfono
Dirección de Envío <i>(si es diferente a la residencial)</i>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Usted está sin hogar?
/ /	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Genero	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Usted está embarazada?	
<b>Si usted está solicitando para otra persona, por favor de completar esta sección como la persona de contacto.</b>			

Apellido	Primer Nombre	SN	Relación al Solicitante
Dirección Residencial			(Casa) (    ) (Trabajo) (    )
Ciudad	Estado	Código Postal	Numero de Teléfono
Dirección de Envío <i>(si es diferente a la residencial)</i>			

Nombre:

### Información Familiar

Por favor liste las personas de su familia que viven con usted. Incluya su cónyuge y los hijos menores de 18 años que cualquiera de los dos pueda tener que viva con usted. Si usted está solicitando para un niño menor de 18 años de edad, por favor incluya a los hermanos o hermanas menores de 18 años que viven con este niño, y el pariente del niño o los parientes que viven con el niño.

Nombre del miembro de la Familia	NSS o TIN	Relación	Fecha de Nacimiento	Genero Embarazo			
				M	F	S	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Ingresos Obtenido

Por favor, complete esta sección sobre los ingresos (antes de impuestos y deducciones) para cada miembro de la familia que trabaja.

Nombre del Miembro de Familia	Cantidad Ganada	¿Cada Cuánto?	<b>Uso de Oficina Solamente</b> <i>Total de Ingreso</i>
Nombre & Dirección del Empleado			
Número de personas que trabajan para esta compañía: <input type="checkbox"/> menos de 50 <input type="checkbox"/> 51 - 200 <input type="checkbox"/> más de 200 <input type="checkbox"/> No se			

Nombre del Miembro de Familia	Cantidad Ganada	¿Cada Cuánto?	<b>Uso de Oficina Solamente</b> <i>Total de Ingreso</i>
Nombre & Dirección del Empleado			
Número de personas que trabajan para esta compañía: <input type="checkbox"/> menos de 50 <input type="checkbox"/> 51 - 200 <input type="checkbox"/> más de 200 <input type="checkbox"/> No se			

## Otros Ingresos

Por favor, complete esta sección acerca de otros ingresos (antes de impuestos y deducciones) para cada miembro de la familia que recibe otros ingresos. Otros ingresos es el dinero que reciba que no viene de un empleador.

Tipo de Ingreso	Miembro(s) de Familia Que Reciben el Ingreso	Cantidad	¿Cada Cuánto? (Circule uno)	<b>Uso de Oficina Solamente</b> <i>Total de Ingreso</i>
Seguro Social	_____	_____	Semanal / Mensual / Anual	_____
Retiro Ferroviario	_____	_____	Semanal / Mensual / Anual	_____
Beneficios Veterano	_____	_____	Semanal / Mensual / Anual	_____
Fondos de Retiro	_____	_____	Semanal / Mensual / Anual	_____
Anualidades	_____	_____	Semanal / Mensual / Anual	_____
Pensiones	_____	_____	Semanal / Mensual / Anual	_____
Child Support	_____	_____	Semanal / Mensual / Anual	_____
Alimony	_____	_____	Semanal / Mensual / Anual	_____
Desempleo	_____	_____	Semanal / Mensual / Anual	_____
Comp. de Obreros	_____	_____	Semanal / Mensual / Anual	_____
Ingreso de Alquiler	_____	_____	Semanal / Mensual / Anual	_____
Trust Income	_____	_____	Semanal / Mensual / Anual	_____
EAEDC	_____	_____	Semanal / Mensual / Anual	_____
Otros	_____	_____	Semanal / Mensual / Anual	_____

## Otros Seguros

1. ¿Está cubierto bajo alguna póliza de seguro de salud, incluyendo la cobertura extranjera y de Medicare? Si es así, proporcione la siguiente información:  Si  No

Dueño de la Póliza: \_\_\_\_\_ Asegurador: \_\_\_\_\_ # Póliza: \_\_\_\_\_

Dueño de la Póliza: \_\_\_\_\_ Asegurador: \_\_\_\_\_ # Póliza: \_\_\_\_\_

2 ¿Está usted buscando asistencia financiera de HMC a causa de un accidente de trabajo o lesión?  Si  No

3. ¿Está usted buscando asistencia financiera de HMC a causa de un accidente de moro vehículo?  Si  No

4. ¿Tiene usted una demanda u otra reclamación de seguro pendiente para la cobertura de esta enfermedad o lesión?  Si  No

5. ¿Es usted un estudiante de Colegio?  Si  No Si es así :  Tiempo Completo  Medio Tiempo

6. ¿Tiene una solicitud pendiente para alguno de estos programas? (*marque todo lo que corresponda*)

- Children's Medical Sec. Plan  MassHealth  EAEDC  
 Transitional Assistance  Healthy Start  CenterCare  
 Otro \_\_\_\_\_

¿Se le negó la cobertura?  Si  No

Razón: \_\_\_\_\_

(*Si se le ha negado de cualquiera de estos programas, favor de mostrar evidencia de la negación*)

## Preguntas Opcionales

*Esta pregunta se hace solamente con el propósito de recopilar datos y análisis solamente y de ninguna manera se usaran para determinar la elegibilidad para Asistencia Financiera de HMC.*

### Raza

- Indio o Nativo Americano de Alaska  Negro, No Hispano  Hispano  
 Asiático o de las Islas del Pacifico  Blanco, No Hispano  Otro: \_\_\_\_\_

## Asignación de Derechos

*Por favor, lea detenidamente esta sección y firme al final.*

Mientras que soy elegible para Asistencia Financiera de HMC, estoy de acuerdo en informarle a este hospital de cualquier cambio en mi familia, incluyendo el tamaño de la familia, cambios en el ingreso, y la cobertura de seguro médico que podría cambiar mi elegibilidad para Asistencia Financiera de HMC.

Toda la información en esta solicitud es verdadera en el mejor de los conocimientos. Estoy de acuerdo en proporcionar documentación a petición. Entiendo que este hospital no puede compartir información confidencial, como la información contenida en esta solicitud, con cualquier agencia federal o estatal, con excepción de lo indicado anteriormente, sin mi aprobación previa.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Si firma en nombre del solicitante: Toda la información en esta solicitud es verdadera a lo mejor de mi conocimiento*

Firma del Representante Autorizado.: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ #SS: \_\_\_\_\_

Aprobado /Negado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Firma del Consejero Financiero)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Aprobado /Negado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Firma del Consejero Financiero)

Ve la Guía a continuación: **Nivel Federal de Pobreza**

Personas en la Familia o del hogar	2024 300% Limite de Familia
1	\$ 45,180
2	\$61,320
3	\$77,460
4	\$ 93,600
5	\$ 109,740
6	\$ 125,880
7	\$ 142,020
8	\$ 158,160

\*\* Por tamaño de familias más del 8 por hogar, por favor agregue \$16,140 por cada miembro de la familia más de 8 al nivel federal de pobreza de 2024.

Calculaciones .....

- A. Tamañ de Familia: \_\_\_\_\_
- B. Ingreso de Familia: \$ \_\_\_\_\_
- C. 300% Limite de Familia: \$ \_\_\_\_\_

Es la línea B menos que la línea C:

- Si - Si es así, usted es aprobado para Asistencia Financiera de Holyoke Medical Center
- No - De lo contrario, por favor llame a nuestra oficina de facturación al 866-904-1002 para opciones de plan de pago.

Su solicitud de asistencia financiera es efectiva: \_\_\_\_\_ y termina: \_\_\_\_\_

ACCT #	BILLED AMNT	DISCOUNT	NEW PT BAL	fc/intials
_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	_____
_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	_____
_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	_____
_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	_____