

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 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 médicaamente 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	Número de Teléfono
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Usted está sin hogar?	
Dirección de Envío (si es diferente a la residencial)			
/ /	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Fecha de Nacimiento	Genero	¿Usted está embarazada?	

Si usted está solicitando para otra persona, por favor de completar esta sección como la persona de contacto.

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

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"/>

Nombre:

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?	Uso de Oficina Solamente <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?	Uso de Oficina Solamente <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)	Uso de Oficina Solamente <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 usarán 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 Pacífico 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)

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

Personas en la Familia o del hogar	2025 300% Límite de Familia
1	\$ 46,950
2	\$63,450
3	\$79,950
4	\$ 96,450
5	\$ 112,950
6	\$ 129,450
7	\$ 145,950
8	\$ 162,450

** Por tamaño de familias más del 8 por hogar, por favor agregue \$16,500 por cada miembro de la familia más de 8 al nivel federal de pobreza de 2025.

Calculaciones

A. Tamaño de Familia: _____

B. Ingreso de Familia: \$ _____

C. 300% Límite 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 - Si no, por favor llame a nuestra oficina de facturación al 866-904-1002 para conocer las opciones del plan de pago.

Su solicitud de asistencia financiera es efectiva: _____ y termina: _____

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