

South Arkansas Regional Hospital
Asistencia financiera para pacientes
700 West Grove Street
El Dorado, AR 71730
www.sarhcare.org



Estimado Sr./Srta.

Adjunto a esta carta se encuentra la solicitud para el Programa de Asistencia Financiera de Salud del SARH. Este programa está disponible para los residentes de Arkansas y otras personas que cumplan con ciertos requisitos de ingresos. Para solicitar este programa, complete la solicitud adjunta y proporcione la siguiente documentación:

- Comprobante de ingresos de todas las fuentes de todos los miembros adultos de su hogar durante los últimos 2 meses, incluidos talonarios de nómina o verificación de ingresos de trabajo por cuenta propia.
- Prueba de residencia en Arkansas.
- Carta de aprobación de Medicaid, carta de denegación o identificación de validación de la solicitud de Medicaid

Si tiene alguna pregunta sobre la solicitud o necesita ayuda para completarla, puede comunicarse con nosotros a uno de los números de teléfono a continuación. Le notificaremos cuando nuestra oficina reciba la solicitud.

También recibirá una notificación que indique la aprobación o denegación de la asistencia financiera dentro de 30 días del recibo de su solicitud.

Si el paquete de solicitud no está completo, le notificaremos por escrito los elementos que faltan. Tendrá 15 días para proporcionar la información necesaria. La falta de proporcionar la información requerida puede resultar en la denegación de asistencia financiera.

Si se determina que alguna de la información proporcionada es falsa o fraudulenta, se denegará la solicitud y se retirará cualquier descuento recibido. La solicitud también será denegada si no coopera con el proceso de solicitud de Medicaid.

La solicitud puede enviarse por correo a la dirección que figura en la parte superior de esta carta o entregarse en el hospital. La fecha de devolución de la solicitud se utilizará para determinar la fecha de entrada en vigencia del descuento si se aprueba la asistencia.

Atentamente,

Asistencia Financiera
South Arkansas Regional Hospital
(870) 863-2000 (local)



LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA

1. Solicitud

- Responda todas las preguntas en su totalidad
- Firme y coloque la fecha en la solicitud

2. Complete la solicitud de Medicaid en www.access.arkansas.gov

- Prueba de la solicitud proporcionando el número de la solicitud
ó
- Carta de aprobación de Medicaid
ó
- Carta de denegación de Medicaid

3. Comprobante de ingresos de todos los adultos que viven en su casa (mayores de 18 años). Incluya todas las fuentes de ingresos.

- Copia de su Declaración de Impuestos Federales completada y firmada con todos los anexos para el último año tributado.
- Talonario o recibo de nómina de los últimos 2 meses. (Sueldos, propinas y salarios antes de la deducción)
- Carta de beneficios del Seguro Social
- Otra prueba de ingresos
- Activos: estados de cuenta bancarios de los últimos 3 meses u otra documentación de activos
- Si no tiene ingresos, complete la Declaración del paciente/proveedor.

4. Prueba de su identidad y de dónde vive con uno de los siguientes:

- Copia de su licencia de conducir de Arkansas o tarjeta de identificación con foto
ó
- Copia de su visa, pasaporte u otra tarjeta de identificación con foto (prueba de identidad) y un contrato de arrendamiento, una factura de servicios públicos o un formulario de Declaración de Solicitud de Residencia de Arkansas completado (prueba de dónde vive).



South Arkansas Regional Hospital

en colaboración con | UAMS Health

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del paciente _____ # de Seguro Social _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

INTEGRANTES DEL NÚCLEO FAMILIAR:

Nombre	Edad	Empleador	Relación al Paciente
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____

INGRESO: Indique el ingreso bruto del núcleo familiar

En los últimos 12 meses

Salarios \$ _____

Agricultura/Trabajo por cuenta propia \$ _____

Seguro Social \$ _____

Pensiones \$ _____

Desempleo \$ _____

Manutención de niños \$ _____

Pensión alimenticia \$ _____

Indemnización laboral \$ _____

Asistencia pública \$ _____

Otro (describa) _____ \$ _____

ACTIVOS: Cuentas de banco, bienes y raíces, propiedades de alquiler, acciones, etc.

Ahorros (proporcionar estados de cuenta de los último 3 meses) \$ _____

Cheques (proporcionar estados de cuenta de los último 3 meses) \$ _____

Otro (describa): _____ \$ _____

¿Tiene usted seguro médico o seguro de ingresos por discapacidad? Sí No

En caso afirmativo, favor indicar: Nombre de la Aseguradora _____ # de Póliza _____

¿Ha usted solicitado el Medicaid de Arkansas? Sí No

Certifico que esta información es verdadera y completa. Autorizo cualquier investigación de crédito que se considere necesaria para verificar esta información.

Firma _____ Fecha _____



South Arkansas Regional Hospital

en colaboración con UAMS Health

DECLARACIÓN DEL PACIENTE / PROVEEDOR

(Completar solamente si el paciente no tiene ingresos)

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

No estoy empleado y no recibo ningún ingreso familiar de ninguna fuente.

Nombre del paciente en letra de molde: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR

Proporciono los gastos de manutención mensuales básicos para la persona antes mencionada. Estos gastos pueden incluir alimentos, vivienda, medicamentos, servicios públicos y transporte.

Nombre del proveedor en letra de molde: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Firma del Proveedor: _____ Fecha: _____



**South Arkansas
Regional Hospital**

en colaboración con UAMS Health

DECLARACIÓN DE SOLICITUD DE RESIDENCIA EN ARKANSAS

(Complete solamente si usted no tiene ningún documento que acredite su residencia)

No puedo proporcionar la documentación de verificación de residencia del estado de Arkansas.

Por la presente declaro que la información anterior es verdadera y precisa. Entiendo que este formulario de declaración se usa para ayudar a verificar que cumpla con los requisitos de residencia del estado de Arkansas para la organización benéfica SARH. Entiendo que una declaración falsa o engañosa de mi parte puede resultar en ajustes de caridad para los cuales de otro modo no hubiera calificado, y puede estar sujeto a sanciones civiles y penales.

Nombre en letra de molde: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Es política de South Arkansas Regional Hospital brindar servicios médicos de emergencia a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago. Además, el SARH brindará dichos servicios a todos los pacientes sin discriminación (dentro del significado de la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. § 1395dd)) independientemente de su elegibilidad bajo ésta política de asistencia financiera.