



Hazel Hawkins

MEMORIAL HOSPITAL

GUÍA DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

TAMAÑO DE FAMILIA

Miembros de familia en total (incluya al solicitante, cónyuge y dependientes):

INGRESO MENSUAL ACTUAL \$: _____

(Ingreso Mensual Incluye): Salario en Bruto, Asistencia Pública, Seguro Social, Compensación de Desempleo, Pensión Alimenticia, Manutención de los Hijos, ECT...)

NO DEBE EXCEDER EL 400% DEL NIVEL DE POBREZA FEDERAL MENSUAL: Véase así abajo

Tamaño de la familia: No debe exceder el ingreso mensual:

1	\$4,294
2	\$5,807
3	\$7,320
4	\$8,834
5	\$10,347

PARA QUE CONSIDEREMOS SU SOLICITUD, DEBE CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- Pacientes con cuentas de \$500.00 O Mas
- Paciente con alto costo médico que supere el 10% de los ingresos familiares
- Cuentas de pacientes que son de emergencia, hospitalización u observación.
- El paciente tiene hasta 180 días para presentar la solicitud después de recibir la factura inicial.

El Programa de Asistente Financiero NO cubrirá:

- Los Procedimientos Electivos no serán considerados dentro el programa de asistencia Charity Care , pero podra calificará para la Tarifa de Pago por Cuenta Propia o descuento de acuerdo a la póliza. Los procedimientos electivos incluyen cirugías ambulatorias, terapia, servicios de laboratorio, servicios de radiología, incluyendo ultrasonidos, resonancias magnéticas (MRI's,) tomografías computarizadas (CT's,) y enfermería especializada.
- Parte de Costo de Medi-Cal

NOTA: Si cree que cumplir con los requisitos financieras del Programa de asistente financiero, comuníquese con la oficina comercial o ingrese en línea a www.hazelhawkins.com para obtener la solicitud de Asistente financiero completa.