



Lista de verificación para solicitud

Su solicitud debe incluir esta lista de verificación, así como las copias de toda la documentación correspondiente.

1. Si el paciente tiene balances acumulativos de Beebe Healthcare que exceden \$300.00. Si no por favor contacte el departamento de Servicios Financieros del paciente al 302-645-3546 para hacer arreglos de pago

2. Si no tiene ingresos:

Solicite a la persona que le brinda asistencia que complete la carta adjunta "Asistencia por falta de ingresos" para explicar que le brinda asistencia a usted, e incluya su firma.

3 . Si le denegaron asistencia médica:

Si le denegaron asistencia médica del estado, envíenos una copia de su "carta de denegación".
No podemos dar curso a su solicitud sin esta carta.

Documentación requerida: (consulte la solicitud para obtener detalles sobre los requerimientos)

- talones de pago o documentos sobre ingresos requeridos;
- declaración de impuestos del último año (requisito obligatorio);
- certificado o declaración jurada de que no cumple con los requisitos o exención de la Obligación del Mercado de Seguros según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (para solicitudes posteriores al 1.º de febrero de 2015);
- declaraciones de inversiones;
- resúmenes bancarios de los últimos dos meses (**activos disponibles no pueden exceder \$7,500.00 por familia**)
- declaraciones escritas del empleador que den fe del ingreso; y
- comprobante de residencia según licencia de conducir de Delaware y facturas de servicios públicos actuales.

¿Completó y firmó la Solicitud de Ayuda Económica? _____

¿Reúne los requisitos para acceder a los siguientes beneficios?



Programa Healthcare Connection (antes conocido como CHAP) **Fecha de elegibilidad:** _____

Screening for Life **Fecha de elegibilidad:** _____

Otros: _____

Si la respuesta es Sí, proporcione documentación/identificación para corroborar su elegibilidad.

Conformidad del paciente:

Comprendo que la documentación solicitada no se devolverá.

Comprendo que la información provista por mí se utilizará para determinar la ayuda económica y la responsabilidad financiera por mis servicios en Atención Médica de Beebe.

Por la presente, manifiesto que la información suministrada es veraz y precisa. Autorizo a Atención Médica de Beebe a verificar todos los datos proporcionados. Doy fe de que comprendo que esta información está sujeta a revisión por parte de organismos de seguridad federales y/o estatales y otros, según se requiera.

Acepto cooperar con el proceso de solicitud para obtener asistencia médica del estado si así lo requiriera Atención Médica de Beebe, antes de recibir ayuda económica por medio de Atención Médica de Beebe.

Comprendo que seré responsable de cubrir los gastos de cualquier servicio que no esté cubierto por la ayuda económica.

Comprendo que a partir de la recepción de una carta de aprobación de ayuda económica, la cobertura de dicha ayuda solo tendrá validez por un año, como máximo, a partir de la fecha de aprobación.

Asimismo, comprendo que si no reúno los requisitos para obtener ayuda económica, los saldos de cuenta se mantendrán en estado de seguimiento para facturación hasta que establezca un plan de pago mensual de acuerdo con los límites de saldo establecidos por Atención Médica de Beebe.

Comprendo que, si se determinara que alguno de los datos provistos por mí es falso, se revocará la aprobación de ayuda económica y yo seré responsable de todos los cargos.

Autorizo a Atención Médica de Beebe a verificar los datos provistos por mí.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del cónyuge

Fecha

