



Instrucciones para el formulario de solicitud de ayuda económica

Cheyenne Regional ofrece atención al paciente independientemente de su capacidad de pago ni su estado de cobertura del seguro. La ayuda económica se aplica a Cheyenne Regional Medical Center, Cheyenne Regional Medical Group, Davis Hospice y Home Health. Puede ser elegible para recibir atención a un costo reducido mediante nuestro programa de ayuda económica. Este programa está diseñado para ayudar a las personas que no pueden pagar la atención médica necesaria y que no son elegibles para programas de seguro médico. Los descuentos de ayuda económica no se aplican a la responsabilidad del paciente por los gastos de bolsillo por copagos, coseguros o deducibles sin la aprobación de los supervisores. Para obtener más información, consulte la política completa o el resumen en <https://www.cheyenneregional.org/billing-and-insurance/>.

¿Qué cubre la ayuda económica? Cheyenne Regional ayuda conectando a los pacientes con la atención que necesitan y continúa trabajando con otras agencias con programas de ayuda económica en la comunidad de Cheyenne. La política de ayuda económica cubre los servicios que son de hospital (centros) y los que no (profesionales) adecuados que Cheyenne Regional presta dependiendo de su elegibilidad. Es posible que la ayuda económica no cubra todos los gastos de atención médica, incluyendo los servicios que prestan otras organizaciones.

Para procesar su solicitud, usted debe darnos: información de su familia, decirnos la cantidad de integrantes de su grupo familiar (familia incluye a las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas).

- Identificación de todos los adultos
- Prueba de residencia
- Los ingresos mensuales brutos de su familia (antes de impuestos y deducciones)
- Documentación de los ingresos de la familia y presentar una declaración de activos
- Información adicional si es necesario, por ejemplo, cartas de apoyo para validar su información
- El formulario con firma y fecha

Entregue su solicitud completa y la documentación mediante su cuenta MyChart o en los siguientes lugares. Un asesor financiero se comunicará con usted una vez que se haya recibido la solicitud. Para el resto de las solicitudes, siga enviándolas por correo, fax o en persona. Cualquier información que se envíe para su consideración se tratará como información médica protegida según la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA).

Para procesar su solicitud, debe ser un paciente registrado con un número de expediente médico (MRN): Para obtener un número de expediente médico, comuníquese con el departamento de registro al 307-996-4794. Su MRN será el mismo para CRMC, CRMG y Home Health.

CRMC West Campus – Admissions

214 E. 23rd Street

Cheyenne, WY 82001

307-996-4793

Financial.assistance@crmcwy.org

Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

****Las citas se pueden programar fuera del horario de atención habitual****

Para obtener más ayuda para completar la solicitud, llame al 307-996-4793.

Tenga en cuenta que su correo electrónico podría no ser seguro. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que lo intercepten y lean personas a las que no va dirigido. Cheyenne Regional no garantiza la seguridad ni la protección de la información de identificación personal (PII) enviada a sus asesores de finanzas por correo electrónico. Si decide enviar por correo electrónico su solicitud o documentos de apoyo a los asesores financieros de Cheyenne Regional, usted asume el riesgo de cualquier acceso no autorizado a su PII.

Si tiene preguntas y necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al 307-996-4793 para hablar con un asesor financiero. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluyendo discapacidad y asistencia de idiomas. Lo informaremos de la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, en un plazo de 21 días calendario desde la recepción de la solicitud de ayuda económica completa, la evaluación y toda la documentación necesaria y solicitada. Si la solicitud necesita una revisión de los supervisores, la determinación final tomará más tiempo. Enviando la solicitud de apoyo económico, usted da su consentimiento para que se hagan las consultas necesarias para confirmar la información.

Queremos ayudarlo. Le pedimos que envíe su solicitud lo antes posible. Usted es responsable del saldo total de su cuenta y es posible que ya haya recibido un estado de cuenta. Las cuentas reciben cuatro avisos antes de pasar a estado de morosidad, y es posible que su ciclo del estado de cuenta ya esté en curso. Comuníquese con el servicio de atención al cliente para hacer un acuerdo de pago al 307-996-4777.

Formulario de solicitud de ayuda económica – confidencial
Complete toda la información. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN				
¿Necesita un intérprete?	Sí	No	<i>Si la respuesta es sí, indique su idioma preferido:</i>	
¿Ha solicitado el paciente Medicaid?	Sí	No	<i>Es posible que deba presentar una solicitud antes de que lo consideren para recibir ayuda económica</i>	
Actualmente, ¿tiene seguro médico el paciente?	Sí	No	<i>Si la respuesta es sí, ¿qué seguro?:</i>	
¿Recibe el paciente servicios públicos estatales como SNAP, Autoridad de vivienda o WIC?	Sí	No	NA	
Actualmente, ¿está el paciente en situación de calle?	Sí	No		
¿Está relacionada la necesidad de atención médica del paciente con un accidente de auto o una lesión de trabajo?	Sí	No		

TENGA EN CUENTA
<ul style="list-style-type: none"> No podemos garantizar que calificará para recibir ayuda económica, incluso si la solicita. Una vez que envíe su solicitud, es posible que revisemos toda la información y pidamos información adicional o comprobante de ingresos. En un plazo de 21 días calendario después de que recibamos su solicitud completa y documentación, lo informaremos de si califica para recibir ayuda (algunas situaciones pueden tomar más tiempo si se necesita aprobación de los supervisores).

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Liste los familiares en su grupo familiar, **incluyéndose a sí mismo**. "Familia" incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____

Adjunte páginas adicionales si es necesario

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si es mayor de 18 años: Nombres de los empleadores o fuente de ingresos	Si es mayor de 18 años: Ingresos mensuales brutos totales (antes de impuestos):	¿También está solicitando ayuda económica?
					Sí No
					Sí No
					Sí No
					Sí No

Se deben divulgar los ingresos de todos los familiares adultos. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo: - Sueldos - SSI - Desempleo - Trabajo independiente - Compensación del trabajador - Discapacidad - Manutención infantil/conyugal - Programas de trabajo y estudio (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuenta de retiro - Otro (explique)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Nombre del paciente	Segundo nombre del paciente	Apellido del paciente		
Hombre Mujer Otro (especifique)	N.º de expediente médico (MRN)	Fecha de nacimiento del paciente	N.º de seguro social (opcional)	
Persona que paga la factura (Garante) USTED MISMO	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento del garante	N.º de seguro social del garante (opcional)	
Dirección Ciudad:	Estado:	Código postal:	Código de área Teléfonos (____) _____	
Correo electrónico:	(____) _____			
Estado de empleo de la persona que paga la factura:				
Empleado (fecha de contratación):		Desempleado (cuánto tiempo lleva desempleado):		
Independiente	Estudiante	Discapacitado	Retirado	Otro:

Formulario de solicitud de ayuda económica – confidencial

INFORMACIÓN DE INGRESOS

***RECUERDE:** Debe incluir un comprobante de ingresos con su solicitud.*

Debe presentar información sobre los ingresos de su familia. Se necesita la verificación de ingresos para determinar la ayuda económica. Todos los familiares mayores de 18 años deben declarar sus ingresos. Si no puede presentar la documentación, puede enviar una declaración por escrito firmada que describa sus ingresos. Presente un comprobante de todas las fuentes de ingresos identificadas.

Algunos ejemplos de comprobante de ingresos incluyen:

- Talones de pago actuales (3 meses); o
- Estados de cuenta (3 meses); o
- Declaración de impuestos del año pasado, incluyendo apéndices si corresponde; o transcripción de impuestos no presentada.
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otros (carta de apoyo) que indiquen su situación económica actual y sus circunstancias si no tiene comprobante de ingresos; o
- Formularios que aprueben o denieguen la elegibilidad para Medicaid o asistencia médica financiada por el estado; o
- Formularios que aprueben o denieguen la compensación por desempleo; o declaraciones escritas de empleadores o agencias de bienestar.

INFORMACIÓN DE LOS ACTIVOS

Saldos totales actuales de la cuenta corriente \$	¿Tiene su familia estos otros activos? Marque todo lo que corresponda <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Acciones</td> <td style="width: 33%;">Bonos</td> <td style="width: 33%;">Fideicomisos</td> </tr> <tr> <td>401K</td> <td colspan="2">Cuentas de ahorros médicos</td> </tr> <tr> <td>Tengo un negocio</td> <td colspan="2">Propiedad (excluyendo la residencia principal)</td> </tr> </table>	Acciones	Bonos	Fideicomisos	401K	Cuentas de ahorros médicos		Tengo un negocio	Propiedad (excluyendo la residencia principal)	
Acciones	Bonos	Fideicomisos								
401K	Cuentas de ahorros médicos									
Tengo un negocio	Propiedad (excluyendo la residencia principal)									
Saldos totales actuales de la cuenta de ahorro \$										

Asegúrese de enviar los estados de cuenta de todas las cuentas corrientes/de ahorros de 3 meses y cualquier activo adicional que haya adquirido para agilizar su solicitud. Las solicitudes no se pueden procesar sin la documentación necesaria.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página adicional si hay otra información de su situación económica actual que quiera que sepamos, como dificultades económicas, ingresos estacionales o temporales, o pérdidas personales.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Cheyenne Regional puede verificar la información revisando la información crediticia y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para la ayuda económica o planes de pago.

Confirmando que la información de arriba es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información que doy es falsa, el resultado será la denegación de la ayuda económica, y seré responsable de pagar los servicios prestados.

Nombre de la persona que solicita

Fecha