



CENTRO MÉDICO – CENTRO DE ENFERMERÍA – CUIDADOS A DOMICILIO
P. O. Box 206 – Clinton, AR 72031 – 501-745-7000

Ozark Health, Inc. Formulario de Asistencia Financiera

Ozark Health, Inc. ofrece un programa de asistencia financiera para pacientes que no son elegibles para otros programas de asistencia. Si se determina que existe elegibilidad para otros programas, se deberán completar esas solicitudes antes de que se pueda aprobar un descuento de asistencia financiera de Ozark Health, Inc. Los servicios elegibles deben ser considerados diagnósticos, urgentes o emergentes por un médico que los ordene. Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al consejero financiero al 501-745-9521. Por favor, devuelva toda la información solicitada a Ozark Health, Inc., P. O. Box 206, Clinton, AR 72031.

Para ser elegible para asistencia, se deben completar los siguientes requisitos del formulario de Asistencia Financiera.

- ☐ Número de cuenta. _____
- ☐ Adjunte una copia de la Declaración de Impuestos más reciente O tres Talones de Cheque recientes de cada miembro del hogar.
- ☐ Proporcione tres meses de extractos de todas las cuentas de Cheques y Ahorros de cada miembro del hogar.
- ☐ Proporcione cartas de adjudicación de Seguro Social, Discapacidad y Jubilación de cada miembro del hogar.

SIN DOCUMENTACIÓN, NO SE PUEDE CONSIDERAR ASISTENCIA.

Nombre de Paciente/Garante (Parte Responsable)
Dirección Postal
Ciudad, Estado, Código Postal
Número de teléfono de casa/Número de teléfono de contacto

MIEMBROS DEL HOGAR (enumere las personas que viven en el hogar, incluya a usted mismo).

Nombre	SSN	Empleador	Edad	Fecha de nacimiento	Relación

INGRESO DEL HOGAR (enumere las personas que viven en el hogar, inclúyase a usted mismo.)

	Jefe de hogar	Otro trabajador remunerado	Otro trabajador remunerado
Pago Bruto Total			
Trabajo agrícola o autónomo (se requieren formularios fiscales)			
Seguridad Social, SSI u otra discapacidad			
VA, jubilación, desempleo y compensación para trabajadores			
Ingreso de dividendos, intereses, alquiler, etc			

INGRESOS DE LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS DEL AÑO PASADO (SE REQUIERE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS)

¿Presentaste la declaración de impuestos del año pasado?	SÍ o NO	SÍ o NO	SÍ o NO
Ingreso Bruto Ajustado de la línea de Ingreso Total en la declaración de impuestos			
Cantidad de meses trabajados durante el último año fiscal			
Número de meses trabajados durante el año fiscal actual.			
Si es autónomo, depreciación solicitada en la declaración de impuestos			

RECURSOS DEL HOGAR (Se requiere verificación: Promedio del saldo inicial de los últimos tres meses.)

Tipo	Propietario(s)	Saldo inicial promedio de los últimos tres meses
Ahorros		
Cuenta Corriente		
Club de Navidad o Cooperativa de Crédito		
Efectivo Disponible		
Acciones, bonos y otras cuentas de inversión		

1. ¿Tienes tu casa propia o la alquilas? _____
2. ¿Has solicitado cobertura de salud (Intercambio de Seguros, Medicaid o ARKids)? Si no, por favor da una explicación:

_____ Al poner mis iniciales y firmar a continuación, aceptó asumir toda la responsabilidad por el saldo restante una vez que la solicitud sea aprobada o denegada. También reconozco que la asistencia financiera será válida solo por 6 meses a la vez.

Afirmó que la información es verdadera y correcta según mi mejor conocimiento. No he hecho ninguna declaración falsa, error u omisión. Si alguna de la información que he proporcionado resulta ser falsa, entiendo que esto constituye fraude y que Ozark Health, Inc. tomará las acciones legales que considere necesarias.

Firma: _____ Fecha: _____

Ozark Health no tiene ninguna obligación legal de proporcionar asistencia financiera. Lo hace para ayudar a los miembros de la comunidad que están activamente tratando de ayudarse a sí mismos.

Autorizado por (Empleado del Hospital): _____ Fecha: _____

Personas en la Unidad Familiar	Directrices Federales de Pobreza	225% Directrices Federales de Pobreza	250% Directrices Federales de Pobreza	275% Directrices Federales de Pobreza	300% Directrices Federales de Pobreza	325% Directrices Federales de Pobreza	350% Directrices Federales de Pobreza
1	\$15,060	\$33,885	\$37,650	\$41,415	\$45,180	\$48,945	\$52,710
2	\$20,440	\$45,990	\$51,100	\$56,210	\$61,320	\$66,430	\$71,540
3	\$25,820	\$58,095	\$64,550	\$71,005	\$77,460	\$83,915	\$90,370
4	\$31,200	\$70,200	\$78,000	\$85,800	\$93,600	\$101,400	\$109,200
5	\$36,580	\$82,305	\$91,450	\$100,595	\$109,740	\$118,885	\$128,030
6	\$41,960	\$94,410	\$104,900	\$115,390	\$125,880	\$136,370	\$146,860
7	\$47,340	\$106,515	\$118,350	\$130,185	\$142,020	\$153,855	\$165,690
8	\$52,720	\$118,620	\$131,800	\$144,980	\$158,160	\$171,340	\$184,520
Cada Persona Adicional Añadir	\$5,380	\$12,105	\$13,450	\$14,795	\$16,140	\$17,485	\$18,830
Permiso para dar		100%	80%	60%	40%	20%	0%