

Ingresos Anuales del hogar.

Origen	Yo	Esposo/a	Total
Salario Mensual, Sueldos, Tips, Etc.			
Seguro Social, SSI, SSDI			
Pensión Alimenticia, Manutención de hijos, Asignaciones Familiares Militares			
Asistencia Pública			
Negocio, Autoempleo, y dependientes			
Jubilación o Pensión			
Beneficios para Veteranos			
Desempleo			
Renta, Interés, Dividido, y otros ingresos En el caso de otros, identifíquese:			
Ingresos Totales			

Documentos requeridos (TENER COPIAS)	ADJUNTO
Prueba de Identificación/Dirección: Licencia de conducir, Certificado de nacimiento, Identificación de empleo, Tarjeta de Seguro Social u otro	<input type="checkbox"/>
Comprobante de TODOS los ingresos: Recibos de pago de los últimos tres meses, SS, SSI, SSDI, Pensión alimenticia, Manutención de hijos, Asistencia pública, Jubilación, Pensión, Beneficios para Veteranos, desempleo, u otro	<input type="checkbox"/>
Copia de su declaración de impuestos 1040 más reciente, incluidos todos los anexos aplicables: Si no hay prueba de ingresos disponibles	<input type="checkbox"/>
Copia de tarjetas de seguro/Medicaid: Solicitud presentada o evidencia de rechazo	<input type="checkbox"/>

Al firmar a continuación, certificó que la información contenida en esta Solicitud de ayuda financiera y la documentación que presentó es exacta, verdadera y correcta a mi entender.

NOMBRE (Letra imprenta)	
FIRMA	FECHA
NOMBRE DE ESPOSO/A (Letra imprenta)	
FIRMA	FECHA

Uso de Oficina Solamente

Nombre del paciente	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Número(s) de Cuenta	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Descuento	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Aprobado por	<input style="width: 90%;" type="text"/>



McKenzie County Healthcare Systems, Inc.

Asistencia Financiera / Proceso de Deslices de Aplicación

Es la póliza de McKenzie County Healthcare Systems, Inc., de proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos se ofrecen basado en los ingresos y el tamaño de la familia.

Anuncio/Aviso al Paciente

MCHS mantendrá carteles en la clínica y el hospital que indiquen nuestra participación en el programa NHSC y la disponibilidad de un descuento de tarifa variable. Esta información también se publicará en el sitio web de MCHS en “Acerca de ☐ Oficina de Negocios.” Los documentos de la solicitud también se encontrarán en esta página web; los documentos estarán disponibles en cualquier escritorio de la recepción en el sistema MCHS; y todas las declaraciones iniciales del paciente tendrán la aplicación incluida con la declaración del paciente.

Proceso de Solicitud

Una vez que el paciente adquiere y completa la solicitud, la solicitud se puede enviar a nuestro departamento de auto pago (que va a ser quien lo enviará a la Oficina de Negocios MCHS) o el paciente puede mandarlo directamente a:

McKenzie County Healthcare Systems
ATTN: Business Office Sliding Fee Program
709 4th Ave NE
Watford City, ND 58854
Preguntas: llamar al 701-444-8606
Email: cbergstrom@mchsnd.org

En este punto, un miembro personal se comunicará con el paciente para recopilar los documentos de apoyo necesarios (si aún no están incluidos) para verificar la información incluida en la solicitud. Ya que este completado, la solicitud se enviará al Director Financiero (CFO) para determinación (O con el director administrativo (CAO) también con el Director Ejecutivo (CEO) si el Director Financiero (CFO) no está disponible). Una vez aprobado, la decisión se comunicará al personal de la oficina comercial correspondiente, quien notificará al paciente, ajustará cualquier cargo existente, y luego notificará a todas las personas de la recepción sobre el arreglo financiero existente. El personal de recepción mantendrá una lista en sus estaciones como referencia para futuras visitas. Este proceso de solicitud debe completarse cada **seis meses** para continuar con los beneficios.

Aplicación de Descuento

Después de tomar la determinación, el descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en la clínica o en el hospital, pero no aquellos servicios que se adquieren en el exterior, incluyendo pruebas de laboratorio, drogas, y consultas Rayos X por un radiólogo, y otros servicios similares.

Porción del Paciente

Según nuestros delices de cobro utilizados en este proceso, cualquier paciente que cumpla con los criterios para el 100% del nivel Federal de Pobreza recibirá atención sin cargo. El cargo aumentará proporcionalmente hasta sin descuento en el 200% del punto del nivel Federal de Pobreza (como se detalla en la tabla de tarifas variables a continuación). Las fuentes de ingresos utilizados para determinar los ingresos aplicables que se indican en la tabla de ingresos anuales del hogar y los criterios para el cálculo del tamaño de la familia se incluyen en la tabla a continuación.