

Declaración Declaratoria  
**SOLICITUD DE SERVICIOS NO COMPENSADOS**

Centro Médico Regional de Rapides

Número(s) de cuenta: \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la parte responsable: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

**Dependientes en el hogar**

(Esto incluye cónyuge, hijos menores de 18 años y todos los demás reclamados en su declaración de impuestos)

Nombre (Nombre, segundo nombre y apellido si es diferente al paciente)	Edad
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Empleo (Paciente/Parte Responsable)**

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ por hora Rate \_\_\_\_\_ horas trabajadas por week \_\_\_\_\_  
 Ingresos brutos semanales, mensuales o anuales actuales (antes de impuestos) \_\_\_\_\_  
 Si está desempleado, fecha worked \_\_\_\_\_

**Empleo (cónyuge) si corresponde**

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ por hora Rate \_\_\_\_\_ horas trabajadas por week \_\_\_\_\_  
 Ingresos brutos semanales, mensuales o anuales actuales (antes de impuestos) \_\_\_\_\_  
 Si está desempleado, fecha worked \_\_\_\_\_

**\*\*\*¿Presentaste una declaración de impuestos? En caso afirmativo, proporcione la declaración de impuestos más reciente. De lo contrario, proporcione la Declaración de Beneficios del Seguro Social más actualizada. W-2, o 1099. ESTA INFORMACIÓN DEBERÁ ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE ASISTENCIA O LA SOLICITUD NO SERÁ TRAMITADA\*\*\*** Otros ingresos

	<u>PACIENTE</u>	<u>ESPOSO</u>
Seguridad social		
Pensión		
Desempleo		
Compensación al Trabajador		
Beneficios de VA		
Ingresos por alquiler		
Acciones, Bonos, 401K		
Dividendo/Intereses		
Manutención de los hijos		
Pensión alimenticia		
Otro		

¿Alguna vez ha solicitado Medicaid? \_\_\_\_\_ ¿Fue aprobado? \_\_\_\_\_ Yo, el abajo firmante, certifico que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que la información enviada está sujeta a verificación. En el proceso de revisión, se puede solicitar un informe de crédito para verificar la información proporcionada en DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD (solo para uso en oficina) Eligible \_\_\_\_\_ Ineligible \_\_\_\_\_  
 Fecha y Signature \_\_\_\_\_

Por favor, envíe un correo a: **RRMC, PATIENT ACCOUNTS, 211 4th Street, Alexandria, LA 71301**

esta solicitud. Entiendo que la falsificación de la información presentada puede poner en peligro mi consideración para el programa. Además, para calificar para este programa, entiendo que debo solicitar toda la asistencia que pueda estar disponible para ayudar a pagar esta factura del hospital antes de completar esta solicitud.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### **Documento de información para pacientes sin seguro**

Este documento tiene como objetivo ayudar a proporcionar a los pacientes sin seguro una comprensión de los aspectos financieros de su atención médica. Los pacientes cubiertos por automóviles, responsabilidad civil u otros reembolsos que se puedan facturar por estos servicios no calificarán para el descuento para no asegurados.

Este documento también proporciona opciones disponibles para ayudarlo a resolver su cuenta. Para ayudar a los pacientes sin seguro, RRMCM aplicará un descuento a su cuenta y luego trabajará con usted para resolver el saldo restante de su cuenta.

La siguiente información es un resumen de cómo se procesará una cuenta sin inuar y el descuento que puede estar disponible para usted. Si ha recibido un procedimiento cosmético electivo o de tarifa plana, estos descuentos no se aplican. De lo contrario, RRMCM descuenta todas las facturas no aseguradas. Se espera que el saldo descontado adeudado en la cuenta se pague en su totalidad en el momento del servicio.

- Los cargos totales por los servicios prestados se aplican a la cuenta
- El descuento no asegurado se aplica a los cargos totales, lo que reduce el saldo de la cuenta.
- Si no puede pagar el saldo de la cuenta descontada en su totalidad, trabajaremos con usted para establecer acuerdos de pago mensual.
- Si no puede establecer acuerdos de pago mensual, lo ayudaremos a solicitar asistencia de Medicaid.
- Si obtiene Medicaid, les facturaremos y solo será responsable de los cargos no cubiertos.
- Si no califica para Medicaid, puede completar la Solicitud de Asistencia Financiera y proporcionar documentación de respaldo según sea necesario y hacer que se revise la visita para obtener un posible descuento en la organización benéfica.
- Si califica para un descuento de caridad, según las Pautas Federales de Pobreza, su cuenta se considerará pagada en su totalidad.
- Si no cumple con las Pautas Federales de Pobreza, deberá hacer arreglos para resolver su factura de inmediato.

**RRMCM ofrece un descuento del 100% en las cuentas de caridad aprobadas. Todas las demás cuentas no incluidas recibirán un descuento parcial.**

---

**Firma del Paciente/Responsable**

**Fecha**

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD (solo para uso en oficina) Eligible \_\_\_\_\_ Ineligible \_\_\_\_\_

Fecha y Signature \_\_\_\_\_

Por favor, envíe un correo a: **RRMCM, PATIENT ACCOUNTS, 211 4th Street, Alexandria, LA 71301**

---

**Firma de testigo**

---

**Fecha**

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD (solo para uso en oficina) Eligible \_\_\_\_\_ Ineligible \_\_\_\_\_

Fecha y Signature \_\_\_\_\_

Por favor, envíe un correo a: **RRMC, PATIENT ACCOUNTS, 211 4th Street, Alexandria, LA 71301**