



MADERA COMMUNITY HOSPITAL

Hospital Financial Assistance Discount Program Instructions & Application

Please complete the attached application in ink as fully as possible and sign where indicated.

In order to qualify for the MCH Financial Assistance Discount Program, you need to claim that you do not have the ability to pay for the services you are about to receive or have received and will have to complete the attached application. You will be asked to apply for State & Federal Public Health Programs that you may qualify for. Please complete the application in its entirety and provide as much support documentation of your income as possible. The more detailed information you provide will help us make a quicker decision about your qualification for the program and could prevent a delay in your care. Information such as check stubs, tax returns or other documents will help us confirm your income level and determine your qualification in this program.

Individuals who have no insurance coverage and who do not have the ability to pay for health care services may qualify for this program. Also, individuals who have primary coverage but have a deductible/co-pay or a share of cost may also qualify if they do not have the ability to pay for their share of the hospital charges. Depending on your income level and the number of people in your family, you may qualify for a 40% to 100% discount off the charges accumulated on your account for services received from the hospital.

Upon successful completion of the application and meeting other requirements, the hospital will review the information submitted and approve or deny your application. If denied due to incomplete information, you will have the opportunity to submit additional information that may help the hospital approve your participation in the program. You will receive a determination letter from the hospital within 10 business days from the submission of the application.

Most potential Financial Assistance Program Applicants will have to complete a Medi-Cal application before applying for the Hospital Financial Assistance Program. If the Medi-Cal application is approved, Medi-Cal will become your primary payer. If the Medi-Cal application is denied due to non-qualification, you can proceed with the Hospital Financial Assistance Discount Program Application. Individuals who refuse to go through the Medi-Cal application process will not be able to participate in this Program.

Approved Financial Assistance Applications are good for 3 months. After this time, the original approved application information will need to be updated for a determination of continuing in the program. The Hospital's Credit and Collections Department will contact patients about their continuation in the program. A patient who has unpaid balances from the prior 90 day period will not be eligible for continuing in the program until the previous balances are paid in full.

For more information about the MCH Financial Assistance Discount Program, please contact the Credit Office at (559) 675-5514.

MADERA COMMUNITY HOSPITAL

Hospital Financial Assistance Discount Program Application

Application Date / /

Patient's Name _____

Patient's Address _____

Phone Number () _____

Alternate Number () _____

Family Members (List all Dependents Below):

Spouse _____

Children _____

Number of Members in Family _____

(Include Patient, Spouse and Dependents)

EMPLOYMENT AND OCCUPATION:

Employer Name _____

Position _____

Address _____

Contact

Contact Person _____

Phone Number _____

Spouse Employer _____

Position _____

Address _____

Contact

Contact Person _____

Phone Number _____

CURRENT MONTHLY INCOME (Attach copies of check stubs)

Gross Monthly Income From Employment (before deductions)

Add: Income from Operating Business (if Self-Employed)

Add: Other Income:

 Interest and Dividends

 Rental Income

 Social Security

 Other - Specify: _____

 Alimony or Support Payments Received

Subtract: Alimony and/or Support Payments Made

Equals: **Currently Monthly Income**

Patient and Spouse Total Combined Monthly Income

Patient
\$

Spouse
\$

\$ _____

By signing this form, I agree to allow Madera Community Hospital to verify employment and income for the purpose of determining my eligibility for a discount through the Financial Assistance Program. I understand that I may be asked to provide documentation of proof of employment and income amounts disclosed on this application.

Signature of Patient or Guarantor



MADERA COMMUNITY HOSPITAL

Instrucciones y Solicitud del Programa de Descuento por Ayuda Financiera del Hospital

Por favor complete con tinta todo lo que pueda de la solicitud adjunta y firme donde se indica.

Para calificar para el Programa de Descuento por Ayuda Financiera de MCH, debe declarar que no tiene posibilidad alguna de pagar los servicios que va a recibir o ha recibido, y tendrá que completar la solicitud adjunta. Por favor complete la solicitud en su totalidad y provea tanta documentación de apoyo de sus ingresos como sea posible. Cuanto más detallada sea la información podremos tomar una decisión más rápida sobre su calificación para el programa y puede evitar un retraso en su tratamiento. La información como talones de cheques, declaraciones impositivas u otros documentos nos ayudarán a confirmar su nivel de ingreso y determinar su calificación para este programa.

Los individuos que no tengan cobertura médica y que no tengan la posibilidad de pagar los servicios de atención médica pueden calificar para este programa. También los individuos que tiene una cobertura primaria pero además un deducible/copago o una parte del costo pueden calificar si no pueden pagar su parte de los gastos de hospital. Según su nivel de ingreso y número de personas en su familia, podrá obtener un descuento del 40% al 100% de los gastos acumulados en su cuenta por servicios recibidos de parte del hospital.

Al completar con éxito la solicitud y cumplir con otros requisitos, el hospital analizará la información presentada y aprobará o negará su solicitud. Si se niega debido a información incompleta, tendrá la oportunidad de presentar información adicional que puede ayudar al hospital a aprobar su participación en el programa. Recibirá una carta de determinación del hospital dentro de los 10 días laborales posteriores a la presentación de la solicitud.

Los Solicitantes del Programa de Ayuda Financiera con más posibilidades tendrán que completar una solicitud de Medi-Cal antes de presentar su solicitud para el Programa de Ayuda Financiera del Hospital. Si se aprueba la solicitud de Medi-Cal, Medi-Cal se convertirá en su financiador primario. Si se niega la solicitud de Medi-Cal debido a que no reúne los requisitos, puede proceder con la Solicitud del Programa de Descuento por Ayuda Financiera del Hospital. Los individuos que se niegan a pasar por el proceso de solicitud de Medi-Cal no podrán participar en este Programa.

Las Solicitudes Aprobadas de Ayuda Financiera son válidas por 3 meses. Después de este período, la información original de solicitud aprobada tendrá que ser actualizada para volver a evaluar si continúa en el programa. El Departamento de Crédito y Cobranzas del Hospital contactará a los pacientes sobre su continuidad en el programa. Un paciente con saldos no pagados del período de 90 días previo no será elegible para continuar en el programa hasta que haya pagado los saldos anteriores.

Para más información sobre el Programa de Ayuda Financiera de MCH, por favor comuníquese con la Oficina de Crédito al (559) 675-5514.

MADERA COMMUNITY HOSPITAL

Solicitud del Programa de Descuento por Ayuda Financiera del Hospital

Fecha de solicitud: / /
 Nombre del paciente: _____
 Dirección del paciente: _____
 Número telefónico () _____ Número alternativo () _____

Miembros de la familia (enumere a los dependientes abajo)

Cónyuge: _____
 Hijos: _____

Número de miembros de la familia:
 (Incluir al paciente, cónyuge y dependientes)

EMPLEO Y OCUPACIÓN

Nombre del empleador	Cargo
Dirección	Número telefónico
Persona de contacto	de contacto
Empleador del cónyuge	Cargo
Dirección	Número telefónico
Persona de contacto	de contacto

INGRESO MENSUAL ACTUAL (Adjuntar copias de los talones de cheques)

Ingreso Mensual Bruto por el Empleo (antes de las deducciones)
 Sumar: Ingresos por Actividad Comercial (si es trabajador independiente)
 Sumar: Otros ingresos:
 Intereses y dividendos
 Ingreso de Inmueble
 Seguridad Social
 Otro - Especificar
 Cuotas alimentarias o de mantenimiento recibidas
 Restar: Cuotas alimentarias y / o de mantenimiento pagadas
 Total: **Ingreso Mensual Actual**
Ingreso mensual combinado total de paciente y cónyuge

Paciente	Cónyuge
\$	\$
\$	

Al firmar este formulario, acepto que Madera Community Hospital verifique el empleo e ingresos con el objetivo de determinar mi elegibilidad para recibir un descuento a través del Programa de Ayuda Financiera. Entiendo que me podrán pedir que presente documentación que demuestre el empleo e ingresos consignados en esta solicitud.

Firma del Paciente o Garante