



Mee Memorial Hospital

300 Canal St King City, Ca. 93930 (831) 385-6000

FINANCIAL ASSISTANT DISCOUNT/ CHARITY CARE CALCULATION WORKSHEET

Patient Name: _____ Patient Account# _____

Affiliate: _____

Special Considerations/ Circumstances:

	Yes	No
Does Patient have Insurance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is Patient Eligible for Medicare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is Patient Eligible for Medi-Cal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is Patient Eligible for other Government Programs (i.e. Crime Victims, etc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If Eligibility exists for above programs, patient will not generally be eligible for Financial Assistance Discount Care.		
Is Patient Self -Pay?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Charity / Financial Assistance Calculation:

Total Combined Current Monthly Income \$ _____

Family Size _____

Qualification for Charity Care/ Financial Assistance
(Circle One) Full Partial

Partial Adjustment Calculation (complete this section only if patient qualifies for partial adjustment):

A. Total Charges \$ _____

B. Discount Amount \$ _____

C. Patients Responsibility (A minus B) \$ _____

Completed By: _____ Phone: _____ Date: _____

Approved By: _____ Date: _____



Mee Memorial Hospital

300 Canal St King City, Ca. 93930 (831) 385-6000

DESCUENTO DE ASISTENCIA FINANCIERA/HOJA DE CALCULACION DE CARIDAD

Nombre Del Paciente: _____ # De Cuenta _____

Afiliacion: _____

Consideraciones Especiales/Circunstancias:

	Si	No
Tiene Seguro Medico el Paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es elegible el Paciente para Medicare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es Elegible el Paciente para Medi-Cal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es elegible el Paciente para otro Programa del Gobierno (i.e. Víctimas de Crimen, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si Existe Elegibilidad para los programas mencionados, el Paciente generalmente no será Elegible para el Descuento de Asistencia Financiera.

El Paciente no tiene Seguro y es Responsable? Si No

Caridad / Calculación de Asistencia Financiera:

Ingreso Total Combinado del Mes Corriente \$ _____

Numero de Familia _____

Calificaciones para el cuidado de Caridad/ Asistencia Financiera
(Circule Uno) Completo Parcial

Calculación De Ajuste parcial (complete esta sección, solo si el Paciente califica Para ajustes parciales):

A. Cargos Totales \$ _____

B. Cantidad de Descuento \$ _____

C. Responsabilidad del Paciente (A menos B) \$ _____

Completado Por: _____ Teléfono _____ Fecha: _____

Aprobado Por: _____ Fecha: _____