



PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA PMC

A continuación se muestra una lista detallada de instrucciones para nuestro Programa de asistencia financiera de PMC.

1. Solicitud de dos páginas que debe ser completada y firmada por el paciente y/o garante. Lista todos los miembros del hogar, incluidos los números de seguro social y la fecha de nacimiento.
2. Una declaración que acredite los ingresos de todos los miembros del hogar. Tu nuevo Se requiere una carta sobre el monto del beneficio de la Administración del Seguro Social. Automático Los depósitos que se muestran en un extracto de cuenta corriente/de ahorros NO son formularios aceptables para prueba de ingresos del Seguro Social/SSI.
3. Un estado de cuenta completo que proporcione prueba de todos los recursos del hogar, incluyendo cuentas corrientes, cuentas de ahorro y certificados de depósito.
4. Enumere los siguientes gastos mensuales y proporcione prueba del mes más reciente pagado.
 - Hipoteca/Alquiler
 - Fuerza
 - Gas
 - Agua
 - Aguas residuales
 - Copia de facturas/estados de cuenta bancarios para retiros automáticos/electrónicos (nombrando al facturador)
 - Teléfono
 - Basura
 - Primas de seguro
 - Pago automático

(Todas estas son formas de prueba aceptables)

Adjunto se encuentra una solicitud de asistencia financiera de PMC y un sobre de devolución para su conveniencia. Si tiene preguntas sobre estos formularios, comuníquese con 606-430-3303.

**Gracias por elegir el Centro Médico Pikeville
para sus necesidades de atención médica.**

ACTIVOS/RECURSOS CONTABLES

\$ _____
Banco

\$ _____
Comprobación

\$ _____
Ahorros

\$ _____
CD

\$ _____
Unión de Crédito

\$ _____
Comprobación

\$ _____
Ahorros

\$ _____
CD

\$ _____
Inversiones

\$ _____
Cuentas del mercado monetario

\$ _____
Bonos de Ahorro

\$ _____
Otro

Total de activos/recursos: \$ _____

GASTOS DEL HOGAR

\$ _____
Alquiler/hipoteca

\$ _____
Electricidad

\$ _____
Pago de préstamo/arrendamiento

\$ _____
Agua

\$ _____
Teléfono (1 fijo o móvil)

\$ _____
Aguas residuales

\$ _____
Primas de seguro

\$ _____
Gas natural

\$ _____
Garbaridad

Gastos totales: \$ _____

Por la presente declaro que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Al firmar este documento, acepto notificar a Pikeville Medical Center sobre cualquier cambio en mi situación financiera.

Firma del paciente

Fecha

HOSPITAL USE ONLY (sólo Para Uso Hospitalario)

Approved:

Denied:

Counselor

Date

\$ _____
Hospital Assistance

\$ _____
Patient Responsibility

Expiration Date