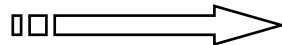


LA DISPONIBILIDAD DE ASISTENCIA GRATIS O LA DE COSTO REDUCIDO

Estamos aquí para servirle. Para ser considerado para el programa de asistencia médica gratis, **no se puede tener seguro médico o parte de seguro médico y también necesita tener una carta de rechazo de Medicaid.** Entonces necesita llenar una solicitud. Es importante que la llene antes, o inmediatamente después de que reciba los servicios de WCA Hospital.

- Favor de advertir que cualquier cuenta transferida a una agencia de cobros morosos no sean elegibles para cuidado gratis.
- Usted tiene que hacer una solicitud para el programa de asistencia médica gratis o la de costo reducido dentro de los 120 días desde la fecha que recibe la primera factura por servicios de WCA Hospital.
- En la mayoría de los casos, los honorarios de servicios de médico no son incluido como parte del programa de asistencia médica gratis.
- Para ser elegible, sus ingresos brutos totales de familia tienen que ser a, o bajo tres veces la directiva de pobreza publicada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. La directiva está actualizada cada año. (véase la tabla)

LA DIRECTIVA DE POBREZA PARA 2006*
Departamento de Salud
y Servicios Humanos



*rates are updated once a year and are subject to change.

Una vez que recibamos su solicitud **completa:**

- Todas las facturas pendientes que tienen el número de seguro social del solicitante serán suspendidas hasta que la solicitud completa esté tramitada por los Servicios Financieros del Paciente, o sea Patient Financial Services..
- Le enviaremos una carta de aprobación o rechazo de elegibilidad. Si solicita antes de recibir nuestro servicio, la decisión será hecha dentro de una semana. Responderemos a todas las solicitudes dentro de los 30 días.
- De vez en cuando podemos pedirle que usted llene nueva solicitud porque su situación económica puede cambiar.

| ¿Cuántos son de Familia? | EE.UU. salvo Alaska y Hawaii | Asistencia de WCA hasta 300% |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1 | \$9,800 | \$29,400 |
| 2 | \$13,200 | \$39,600 |
| 3 | \$16,600 | \$49,800 |
| 4 | \$20,000 | \$60,000 |
| 5 | \$23,400 | \$70,200 |
| 6 | \$26,800 | \$80,400 |
| 7 | \$30,200 | \$90,600 |
| 8 | \$33,600 | \$100,800 |
| Cada persona más | \$3,400 | \$10,200 |

Fuente: Federal Register, Vol. 71, No. 15
Enero 24, 2006 pp. 3848 – 3849.

*La tasa serán puesta al día una vez al año y sujeto a cambios.

SOLICITUD PARA ASISTENCIA MEDICA GRATIS

Para ser tramitada, una solicitud tiene que incluir los cuatro pasos siguientes:

1. Juntar toda la documentación Parte 1 (incluye esta con su solicitud)
2. Contestar todas las preguntas Parte 2
3. Poner la fecha en Parte 1 y firmar su nombre en Parte 2 con la fecha solicitada.
4. Volver toda la documentación y la solicitud completa por correo o en persona a:

Customer Service/Finance Department
WCA Hospital
207 Foote Avenue
PO Box 840
Jamestown, NY 14702-0840

Jamestown Family Health Center
Panama Health Center
Sinclairville Health Center
Randolph Health Center
Dunkirk Health Center

Parte 1

Fecha: _____

Documentación: Prueba de los Ingresos Brutos Totales de la Familia (Todos los Ocupantes)

Favor de incluir todo lo que aplique a su caso: (puede aplicar más de uno)

- ◇ Comprobantes de sueldo de las últimas 12 semanas
- ◇ Declaración de su jefe de trabajo de sus ingresos brutos de las últimas 12 semanas
- ◇ Declaración de los beneficios de compensación de los trabajadores
- ◇ Declaración de los beneficios de manutención del niño
- ◇ Declaración de los ingresos de incapacidad
- ◇ Declaración de ganancias o pérdidas (si es autoempleado)
- ◇ Copia de Declaración de Impuestos - más reciente
- ◇ Rechazo de cobertura para servicios de cualquier compañía de seguros
- ◇ Carta de Decisión de Medicaid

(llene la hoja de atrás)

Solicitudes inacabadas no serán tramitadas y serán vueltas al remitente

SOLICITUD PARA ASISTENCIA MEDICA GRATIS (Parte 2)

Yo solicito medio de la presente que WCA Hospital haga una determinación escrita de mi elegibilidad para la asistencia gratis o la del costo reducido en WCA Hospital. Yo comprendo que la información que doy es sujeta a la verificación por el Departamento de Finanzas de WCA Hospital. También yo comprendo que si la información que doy no sea la verdad, o falsificada, el hospital puede reevaluar el estado de mi elegibilidad y hacer cualquier demanda que sea apropiada.

Nombre(s) del Paciente _____ Edad(es) _____
 Parte Responsable (si no es el paciente) _____
 Dirección _____
 Teléfono (casa) _____ (trabajo) _____
 Empresario/Jefe de Trabajo (del Paciente) _____
 Empresario/Jefe de Trabajo (Parte Responsable) _____
 Cobertura(s) de Seguro _____
 Clase de Servicio dada o pedida _____
 Número de Seguro Social de Solicitante # _____

| | | |
|---|---|--|
| INGRESOS DE FAMILIA: (incluya todos los ocupantes) | Totales 3 meses pasados (cantidad total) | Totales 12 meses pasados (cantidad total) |
| Sueldo/Ingresos | _____ | _____ |
| Ingresos de Autoempleo | _____ | _____ |
| Compensación de Trabajadores | _____ | _____ |
| Seguro Social | _____ | _____ |
| Asistencia Pública | _____ | _____ |
| Manutención de Niño | _____ | _____ |
| Pensión | _____ | _____ |
| Ingresos por Alquiler | _____ | _____ |
| Otro (Favor de especificar) | _____ | _____ |
| ¿Cuántos en su familia? _____ (De los documentos de impuestos) | | |
| Miembros de la Familia (Apuntélos) | Nombre | Relación |
| | _____ | _____ |
| | _____ | _____ |
| | _____ | _____ |

Fecha de Petición: _____ Firma del Solicitante: _____

Solicitudes incompletas no serán tramitadas y serán de vueltas al remitente.

Para Orientación Financiera
 Favor de hablar con nuestro
 Centro de Servicios de Cliente
 716 – 664 - 8216 or 664 – 8360
 o visite
 WCA Hospital Cashier's Office
 207 Foote Avenue
 Jamestown, NY

Usted puede ser elegible para uno de los siguientes sin pagar o la opción de costo reducido de seguro:

MEDICAID
 Un programa que proporciona asistencia cubriendo los servicios necesarios del cuidado médico para los individuos y las familias con pocos recursos.

Póngase en contacto con nuestra oficina local:
 Departamento de Servicios Sociales del Condado de Chautauqua
 110 East 4th Street
 Jamestown, N.Y. 14701
PHONE: 716-661-8246

Solicitud para el Programa de Asistencia Médica Gratis del WCA Hospital

~~~~~  
 La asistencia es gratis o de bajo costo

*WCA Hospital,*  
 Incluyendo todas sus instalaciones, está comprometido a dar sus servicios sin cobrar a las personas elegibles que no pueden pagar.



