



**BCMh Family Care Clinics
(Clínicas de Cuidado Familiar)**

Adrian Clinica
High Street Clinica
Nursery Street Clinica
Rich Hill Clinica

**Departamento de Liquidación
Financiera**

**615 W. Nursery
PO Box 370
Butler, MO 64730
Fon: 660-200-7314
Fax: (660)200-7021**

Bates County Memorial Hospital (BCMh) brinda asistencia financiera para servicios médicamente necesarios brindados en el entorno hospitalario, clínica quirúrgica y clínicas especializadas para pacientes ambulatorios solo a residentes del condado de Bates. Family Care Clinics (Clínicas de Cuidado Familiar), como clínicas de salud rurales, no tienen restricciones geográficas.

BCMh utiliza las pautas federales actuales de pobreza y el tamaño de la familia como base para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. **Se debe pagar un copago de \$20.00 al momento del servicio únicamente en estas ubicaciones: sala de emergencias, clínica de especialidades ambulatorias, Clínica de cuidado familiar Adrián, Clínica de cuidado familiar de Nursery Street, Clínica de cuidado familiar de High Street, Clínica de cuidado familiar Rich Hill, y clínica Quirúrgica BCMh.**

Lista de documentos necesarios para procesar la solicitud: (No se aceptarán documentos alterados.)

- 1.) Talones de cheques de nómina: copias de los últimos tres meses.
 - a. Si no recibe talones de cheques, presente los estados de cuenta bancarios de los últimos tres meses.
 - b. Si no recibe talones de cheques, envíe un aviso escrito firmado y fechado por su empleador con información sobre sus ingresos.
- 2.) Copias de cualquiera de los siguientes que correspondan:
 - a. Ingresos del Seguro Social, ingresos por discapacidad, ingresos por desempleo u otros ingresos como dividendos, intereses, ingresos por alquiler, manutención de los hijos, etc.
- 3.) Carta de Cupones para Alimentos que muestre los beneficios recibidos (si corresponde).
- 4.) Declaración escrita del solicitante que describe la situación financiera/laboral actual *requerido*
- 5.) *Es posible que se le solicite que presente las declaraciones de impuestos del año pasado en una fecha posterior.*
- 6.) Extractos bancarios: copias de los últimos tres meses.

Debemos recibir todos los documentos solicitados para poder completar su solicitud

Una vez recibida toda la documentación, las solicitudes se procesan dentro de los 30 días. Una vez que se procese su solicitud, recibirá una carta de determinación por correo. Si se aprueba, su asistencia se aplicará a cualquier saldo pendiente actual. Esta aprobación tendrá una validez de 6 meses a partir de la fecha en que firmó la solicitud. Si se le niega, puede volver a presentar la solicitud en cualquier momento.

Haremos todo lo posible para aplicar la asistencia financiera a sus cuentas. Si recibe un estado de cuenta o una llamada telefónica con respecto a servicios que cree que deberían haber estado cubiertos, comuníquese con nosotros lo antes posible..

Como cortesía, Alliance Radiology y Electric City Emergency Physicians honran la asistencia financiera de BCMh. You may need to fax or mail them a copy of your approval letter along with their statement. Es posible que deba enviarles por fax o por correo una copia de su carta de aprobación junto con su declaración.

Si tiene preguntas, comuníquese con nosotros al 660-200-7314.

Atentamente,

Consejero de Cuentas de Pacientes de BCMh

updated 9/12/2023

BATES COUNTY MEMORIAL HOSPITAL AND FAMILY CARE CLINICS

Rich Hill Clinic, Adrian Clinic, Nursery St. Clinic, High St. Clinic

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Renewal ____ Yes ____ No

Valid _____ to _____

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Clínicas de Cuidado Familiar para no residentes del condado de Bates únicamente

Jefa de hogar / Jefe de hogar									
Apellido	nombre de pila	Inicial del segundo nombre	fecha de nacimiento	edad	número de teléfono	País de residencia			
Dirección		Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal	Estado civil		Número de dependientes	
Nombre del empleador			Dirección del empleador, ciudad, estado y código postal						
¿Cuánto tiempo empleado?			Número de teléfono del empleador		Título del Puesto		Número de Seguro Social (Opcional)		
Cónyuge o pareja									
Apellido	nombre de pila	Inicial del segundo nombre	fecha de nacimiento	edad	Número de Seguro Social (Opcional)				
Nombre del empleador			Dirección del empleador, ciudad, estado y código postal						
¿Cuánto tiempo empleado?			Número de teléfono del empleador		Título del Puesto				
Dependientes de impuestos									
Apellido	nombre de pila	fecha de nacimiento		edad	Relación con el jefe/jefa de hogar			Número de Seguro Social	
INCOME-- OFFICE USE ONLY INGRESOS-- USO DE OFICINA SOLAMENTE									
GROSS INCOME		HOURLY		MONTHLY		QUARTERLY		YEARLY	
Primary Wages									
Secondary Wages or other income									
Social Security Income									
Pension									
Disability									
Food Stamps									
Rental Income									
Alimony / Child Support									
Unemployment									
State Assistance									
Other (total household income required)									
TOTAL									
Por la presente certifico que no he ocultado intencionalmente ninguna información contenida en esta solicitud y que toda la información divulgada es correcta a mi leal saber y entender. Doy permiso para que mi información sea verificada con el IRS u otros recursos para aprobar mi solicitud.									
X X									
Paciente / Firma del responsable			Fecha		Firma del cónyuge /pareja			Fecha	
Bates County Memorial Hospital Representante				Fecha		Departamento		Nov-15	