

East Adams Rural Healthcare

Solicitud de Atención Caritativa / Asistencia Financiera

Instrucciones: Complete este formulario para solicitar atención gratuita o de bajo costo.
Envíe con comprobante de ingresos (talonarios de pago, impuestos o carta de beneficios).
Las solicitudes están disponibles en inglés y español. Intérpretes disponibles sin costo.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Tamaño del hogar: _____ Ingreso mensual total: _____

Fuentes de ingreso (marque): Empleo ☐ Seguro Social ☐ Otro ☐

Seguro de salud (si tiene): _____

Beneficios públicos (Medicaid, SNAP, WIC, TANF, SSI, etc.): _____

Razón para solicitar (dificultad, desempleo, subasegurado, etc.): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Sus Derechos:

- No se le puede negar atención médica de emergencia o necesaria según su capacidad de pago.
- Puede pedir ayuda gratuita para completar este formulario.
- Se detendrán las acciones de cobro mientras su solicitud está en revisión o apelación.
- Tiene derecho a apelar una denegación de atención caritativa.
- Si es aprobado, los descuentos se aplicarán retroactivamente a facturas elegibles.