

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Jackson Hospital en Marianna, Florida ofrece asistencia financiera a los individuos que necesitan asistencia para pagar su atención médica. Este programa solo se aplica a los servicios brindados por Jackson Hospital. El programa de asistencia financiera para la atención médica **no lo habilita para recibir atención gratuita en el hospital o en las clínicas del hospital y no siempre cubre todos los servicios solicitados por su médico.** Los únicos proveedores cubiertos con nuestra Política de asistencia financiera son los proveedores bajo la marca Chipola Surgical and Medical Specialties.

Complete una Solicitud de asistencia Financiera para Atención Médica (*disponible en la Secretaría de la Sala de Emergencias, en la Asesoría Financiera a Pacientes o en la Recepción o en el sitio web www.jacksonhosp.com*) **y entréguela en el mostrador de salida antes de abandonar el establecimiento.** Brinde un número telefónico de contacto claro y legible donde se lo pueda localizar fácilmente. Es posible que le solicitemos más información para procesar su solicitud. A continuación encontrará una lista de posibles documentos que se le pueden solicitar antes de procesar su solicitud. Cuando se solicite más información, lo contactaremos para que la proporcione dentro de los 7-10 días de haberla solicitado.

1. **Verificación de ingresos.** Si es un trabajador independiente, se le solicitará la documentación que verifique **todos los ingresos del hogar** durante los últimos 12 meses, y si los cargos de su cuenta exceden los \$9.999, es posible que posteriormente se le solicite que incluya alguno de los siguientes puntos:
 - La declaración de impuestos más reciente
 - Formulario de retención W-2
 - Los últimos tres recibos de sueldo más recientes con los ingresos del año a la fecha
 - Verificación de salario del empleador que pruebe los ingresos en los últimos 12 meses
 - Carta de discapacidad/seguro social que notifique los ingresos actuales o los últimos 3 estados de cuenta bancarios que notifiquen los depósitos
 - Formularios que aprueben o rechacen la compensación a los trabajadores o por desempleo
 - Todos los ingresos del hogar deben estar enumerados en la Declaración Financiera Personal
2. **Carta de rechazo de Medicaid.** Todos los pacientes deben solicitar Medicaid/Medically Needy y reenviar una copia de la carta de rechazo/aprobación de Medicaid con su nombre en ella. Puede solicitar Medicaid en Jackson Hospital por teléfono, programando una cita con el representante de CRS al 850-718-2634 o 718-2825. Este le pedirá una copia de sus facturas de luz, combustible, agua, teléfono y alquiler. Traiga declaraciones de personas que notifiquen el monto que pagaron por sus facturas, alquiler, etc.
3. **Otras agencias para posible asistencia:** Voc-Rehab 850-482-9600,
BCCOURA 850-526-2412 x179,
Bay Cares 850-872-4455,
Goodwill-Access Florida 850-526-1600
4. **Licencia de conducir y tarjeta del seguro social.** Se necesitarán 2 tipos de identificación para todos los pacientes que soliciten asistencia. Se pueden aceptar otros tipos de identificación para esta solicitud, como una credencial escolar o un pasaporte

Si tiene consultas, no dude en llamar a la representante de Cuentas de los Pacientes, al **850-718-2647** o **dirigirse a la** oficina del Asesor Financiero para completar la solicitud. También puede enviar los documentos por correo a Jackson Hospital, A/A: 4250 Hospital Drive, Marianna, Florida 32446