

Asistencia Financiera e Instrucciones – Lenguaje Sencillo

Servicios de Salud Mental ofrece programas de asistencia financiera para ayudar a clientes con los gastos médicos incurridos. Según las pautas de asistencia financiera, su factura por atención médica de emergencia u otra atención médicamente necesaria puede reducirse según nuestra política de asistencia financiera. Para los residentes sin seguro de los condados de Clark, Greene o Madison, todos los honorarios del hospital y del psiquiatra serán pagados por la Junta de Recuperación y Salud Mental de los condados de Clark, Greene y Madison.

Además, los servicios de consejería ambulatoria de emergencia antes de una admisión para pacientes hospitalizados se proporcionan bajo los fondos de atención para indigentes y son pagados por la Junta de Salud Mental y Recuperación, por lo que las tarifas de copago están incluidas en este programa.

Programa de Asistencia Financiera Hospitalaria

El Programa de Asistencia Financiera Hospitalaria está disponible para personas que están por debajo de las pautas federales de pobreza del 250% para una reducción del 100% de los copagos de los clientes y, para los clientes entre las pautas federales de pobreza del 240% al 400%, se reducirá el 50% de los copagos de los clientes en función de un Programa de Asistencia Financiera de Atención Médica completado y firmado.

Los formularios de solicitud de asistencia financiera de atención médica completados y firmados deben devolverse al Departamento de Facturación de MHS, 474 N Yellow Springs Street, Springfield, OH 45504

Si tiene preguntas sobre el proceso, comuníquese con el Departamento de Facturación de MHS al 937-629-3015.

Instrucciones de solicitud de asistencia financiera

Nosotros en los Servicios de Salud Mental para el Condado de Clark, Inc. nos esforzamos por ayudar a los clientes que necesitan asistencia financiera y cumplir con las pautas de nuestro programa de asistencia para la atención gratuita (250% nivel federal de pobreza - o atención con descuento 400% nivel federal de pobreza 50% de descuento).

Por favor, complete la solicitud para las fechas de servicio que usted está solicitando asistencia. Su número de cuenta está en su estado de cuenta del cliente.

Las categorías de gastos se pueden completar por mes e incluyen hipoteca o alquiler, servicios públicos, costos de seguro de salud, vida, automóvil, cualquier pago de préstamo de automóvil, costos mensuales de comestibles y otros costos en los que incurra durante el mes.

Las categorías de ingresos son salarios brutos para usted y su cónyuge o cualquier otro miembro en el hogar que contribuya a los gastos del hogar. El número en su hogar incluiría niños, hijastros y niños adoptivos menores de 18 años en su hogar.

Documente si su cónyuge está recibiendo seguro de desempleo o beneficios de compensación para trabajadores, manutención de hijos, discapacidad o beneficios mensuales del Seguro Social.

Otra categoría es para cualquier otro ingreso no enumerado anteriormente.

Firmar y fechar la solicitud y volver a:

Departamento de Facturación de MHS, 474 N Yellow Springs Street, Springfield, OH 45504

Si tiene preguntas, comuníquese con Tricia al 937-399-9500 extensión 3015.

Nos pondremos en contacto con usted una vez que se procese la solicitud.

Servicios de Salud Mental para el Condado de Clark
Solicitud de Asistencia Financiera para el Cuidado de la Salud

Número de Cuenta _____

Fecha de Servicio _____

Fecha de Aplicación _____

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Cónyuge o Garantor _____

Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad, Estado _____

Código postal _____

Teléfono _____

GASTOS

Renta/préstamo hipotecario \$ _____

Utilidades:

Gas \$ _____

Luz \$ _____

Agua \$ _____

Teléfono \$ _____

Cable \$ _____

Seguro:

Salud \$ _____

Auto \$ _____

Vida \$ _____

Préstamo de Automóvil \$ _____

Comestibles/Provisiones: \$ _____

Otros Gastos – Lista a continuación:

\$ _____

\$ _____

INGRESOS (Por favor, adjunte
comprobante de ingresos)

Sueldo bruto del Paciente

\$ _____

Sueldo bruto de Espos(a)

\$ _____

Otros ingresos

\$ _____

Número en el hogar _____

Beneficios de:

Desempleo \$ _____

Seguro Social \$ _____

Manutención de los hijos \$ _____

Compensación del

Trabajador \$ _____

Otros Ingresos -Lista a continuación:

\$ _____

\$ _____

