

Clinton Regional Hospital

Financial Assistance Application Form

IRS Section 501(r) – Charity Care and Financial Assistance Program

Instructions:

This application form is for individuals seeking financial assistance for emergency or medically necessary care under our hospital's Financial Assistance Policy (FAP). Please complete all sections and provide the necessary documentation to help us determine your eligibility.

Patient Information

Patient's Full Name:

Date of Birth:

Address:

City, State, Zip Code:

Phone Number:

Email Address (if applicable):

Patient's Social Security Number (optional):

Marital Status:

- Single
- Married
- Divorced
- Widowed

Household Information

Number of People in Household (including the patient):

List all members of your household, including name, relationship to you, and age:

Name	Relationship to Patient	Age
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Income Information

Household Income:

Please provide documentation for all income sources, such as pay stubs, tax returns, social security benefits, unemployment, etc.

1. Employer Name (if applicable):

Gross Monthly Income (before taxes):

\$ _____

2. Other Income Sources (e.g., child support, social security, disability, etc.):

Income Source	Amount Received (Monthly)
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____

Total Monthly Household Income:

\$ _____

Financial Assistance Request

Please select the financial assistance you are requesting:

- Charity Care (Free Care)**
- Discounted Care (Sliding Scale)**
- Payment Plan Assistance**

Do you have health insurance?

- Yes**
- No**

If yes, please provide the following insurance details:

Insurance Provider:

Policy Number:

Group Number:

Do you have any outstanding medical bills from this hospital or other providers?

- Yes**
- No**

If yes, please list the medical providers and outstanding amounts:

Provider Name	Amount Owed	Date of Service
_____	\$ _____	_____
_____	\$ _____	_____

Additional Information

Please provide any additional information you feel is relevant to your financial situation or medical need. (For example, documentation of unemployment, medical conditions, or unusual financial hardships.)

Certification and Acknowledgment

By signing below, I certify that the information I have provided in this application is true and accurate to the best of my knowledge. I understand that providing false information or withholding information could result in the denial of financial assistance.

I authorize Clinton Regional Hospital to verify any of the information provided, including contacting my employer or other sources to confirm my income or financial situation. I also understand that my application for financial assistance will be reviewed based on my household income, medical need, and eligibility for assistance under the hospital's Financial Assistance Policy.

Signature of Patient (or Legal Representative):

Date:

Printed Name of Legal Representative (if applicable):

Relationship to Patient (if applicable):

Hospital Use Only

Date of Application Received:

Income Verified by (Name of Hospital Representative):

Total Monthly Income Verified:

\$ _____

Eligibility Determined By (Name of Hospital Representative):

Approved for Financial Assistance?

Yes

No

Amount of Financial Assistance Approved:

\$ _____

Discount Rate (if applicable):

Payment Plan Terms (if applicable):

Date of Approval/Denial:

Additional Notes:

Instructions for Submission

- Please submit this completed form with all necessary documentation to the Financial Assistance Office at Clinton Regional Hospital.
 - For assistance completing this form, please contact Clinton Regional Hospital at 580-547-5128 or visit our office located at 100 N. 30th Street, Clinton, Ok.
-

This form is designed to collect all necessary information to determine eligibility for financial assistance under the hospital's IRS Section 501(r) Charity Care and Financial Assistance Program.

Hospital Regional de Clinton

Formulario de solicitud de asistencia financiera

Sección 501(r) del IRS: Programa de asistencia financiera y atención caritativa

Instrucciones:

Este formulario de solicitud está destinado a personas que buscan asistencia financiera para recibir atención médica de emergencia o necesaria de acuerdo con la Política de asistencia financiera (FAP) de nuestro hospital. Complete todas las secciones y proporcione la documentación necesaria para ayudarnos a determinar su elegibilidad.

Información para el paciente

Nombre completo del paciente:

Fecha de nacimiento:

DIRECCIÓN:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Número de teléfono:

Dirección de correo electrónico (si corresponde):

Número de seguro social del paciente (opcional):

Estado civil:

- Soltero
 - Casado
 - Divorciado
 - Viudo
-

Información del hogar

Número de personas en el hogar (incluido el paciente):

Todos los miembros de su hogar, incluyendo nombre, relación con usted y edad:

Nombre	Relación con el paciente	Edad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Información de ingresos

Ingresos del hogar:

proporcione documentación de todas las fuentes de ingresos, como recibos de sueldo, declaraciones de impuestos, beneficios de seguridad social, desempleo, etc.

- Nombre del empleador (si corresponde):**
-

Ingresos mensuales brutos (antes de impuestos):

\$ _____

- Otras fuentes de ingresos (por ejemplo, manutención infantil, seguridad social, discapacidad, etc.):**

Fuente de ingresos	Monto recibido (mensual)
_____	\$ _____
_____	\$ _____

Fuente de ingresos **Monto recibido (mensual)**
_____ \$ _____

Ingresos mensuales totales del hogar:

\$ _____

Solicitud de asistencia financiera

Por favor seleccione la ayuda financiera que está solicitando:

- Atención de beneficencia (atención gratuita)**
- Atención médica con descuento (escala móvil)**
- Asistencia con el plan de pago**

¿Tiene usted seguro médico?

- Sí**
- No**

En caso afirmativo, proporcione los siguientes detalles del seguro:

Proveedor de seguros:

Número de póliza:

Número de grupo:

¿Tiene alguna factura médica pendiente de este hospital o de otros proveedores?

- Sí**
- No**

En caso afirmativo, enumere los proveedores médicos y los montos pendientes:

Nombre del proveedor	Monto adeudado	Fecha del servicio
_____	\$ _____	_____

Nombre del proveedor **Monto adeudado** **Fecha del servicio**
_____ \$ _____

información adicional

Proporcione cualquier información adicional que considere relevante para su situación financiera o necesidad médica (por ejemplo, documentación de desempleo, condiciones médicas o dificultades financieras inusuales).

Certificación y Reconocimiento

Al firmar a continuación, certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa o retener información podría resultar en la denegación de la asistencia financiera.

Autorizo a CLINTON REGIONAL HOSPITAL a verificar cualquier información proporcionada, lo que incluye comunicarse con mi empleador u otras fuentes para confirmar mis ingresos o situación financiera. También comprendo que mi solicitud de asistencia financiera se revisará en función de los ingresos de mi hogar, mi necesidad médica y mi elegibilidad para recibir asistencia según la Política de asistencia financiera del hospital.

Firma del Paciente (o Representante Legal):

Fecha:

Nombre impreso del representante legal (si aplica):

Relación con el paciente (si corresponde):

Uso exclusivo en el hospital

Fecha de recepción de la solicitud:

Ingresos verificados por (nombre del representante del hospital):

Ingreso mensual total verificado:

\$ _____

Elegibilidad determinada por (nombre del representante del hospital):

¿Aprobado para asistencia financiera?

Sí

No

Monto de la ayuda financiera aprobada:

\$ _____

Tasa de descuento (si aplica):

Condiciones del plan de pago (si corresponde):

Fecha de aprobación/rechazo:

Notas adicionales:

Instrucciones para la presentación

- Envíe este formulario completo con toda la documentación necesaria a la Oficina de Asistencia Financiera en [Nombre del hospital].
- Para obtener ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Departamento de asistencia financiera en Clinton Regional Hospital al 580-547-5128 o visite nuestra oficina ubicada en 100 N.30th Street, Clinton, Ok.

Este formulario está diseñado para recopilar toda la información necesaria para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera bajo el Programa de Asistencia Financiera y Atención Caritativa de la Sección 501(r) del IRS del hospital.