

Patient Charity Care/Financial Assistance Application:

Morton County Health System provides, health care to eligible patients without charge or at a reduced rate. Eligible patients include all patients, regardless of race, religion, or national origin who meet the financial guidelines set forth in the current poverty guidelines and are not eligible for state Medicaid.

Charity Care/Financial assistance is available based upon total income, family size, and ability to pay.

Ability to pay is determined based upon published Federal Poverty Guidelines (FPG). For individuals or families with income at or below the FPG, 100% discount may be available. FPG guidelines are updated in February of each year.

To be eligible for charity care/financial assistance from Morton County Health System you must first exhaust all possible insurance coverage, Medicare, Medicaid, or any third-party payment sources. You must have proof of denial/acceptance if you could possibly be eligible for Medicaid or other assistance programs. The charity care application can be used with or without an insurance program if you are not eligible for one.

Qualification for charity care/financial assistance from Morton County Health System is determined from an application completed by the patient or responsible guarantor. You must provide proof of income, government benefits such as unemployment and or other income such as child/spousal support. The most recent tax return is the preferred proof of income. If this is unavailable, Morton County Health System reserves the right to request further information as needed to verify potential income.

A completed application with required documentation will be promptly reviewed by administration and Board of Directors. The applicant will be notified, in writing, of their eligibility status. If an applicant appears to be eligible for Medicaid or other governmental assistance, the applicant will be referred to those programs for assistance. If other assistance is denied, a written denial from that agency will qualify as additional support for Morton County Health System providing financial assistance.

To apply for charity care, please complete the attached application and include the appropriate proof of income documentation. All approved applications are for dates of service requested only.

Please include the following applicable documentation with your application:

- Copy of your most recent filed federal income tax return.
- Current pay records or written verification of wages from your employer for past 3 months
- Social Security Income, including SSI payments for dependents.
- Alimony payments received for current year.

Request for Charity Care/Financial Assistance Checklist

Please provide all documents requested within 14 business days. Failure to return the application and/ or required documents could result in your request being denied. If you have any questions, please call 620-697-2141.

Required Documents

- _____ COPY OF RECENT TAX RETURNS (INCLUDING SCHEDULE C IF SELF EMPLOYED)
- _____ COPY OF DENIAL LETTER FROM MEDICAID IF APPLICABLE - **OPTIONAL**
- _____ PROOF OF PRIMARY INSURANCE COVERAGE IF APPLICABLE
- _____ SIGNED AND DATED APPLICATION WITH ALL FAMILY MEMBERS LISTED

If you did not file the most recent years' taxes or feel that your current financial situation is not reflected in the tax information, please return the applicable following *in addition* to your tax return. Please note that further information may be required if proof of income cannot be determined by information provided.

- _____ SAVINGS ACCOUNT STATEMENT FOR THE LAST 6 MONTHS
- _____ CHECKING ACCOUNT STATEMENT FOR THE LAST 6 MONTHS
- _____ PAY STUBS FOR THE LAST 6 MONTHS
- _____ PROOF OF UNEMPLOYMENT
- _____ PROOF OF DISABILITY

Family Size: _____

Federal Poverty Level %: _____

Approved: _____ Denied/Reason _____

Comments:

Approved By (print): _____

Approved By (signature): _____ Date: _____

FOR INTERNAL OFFICE USE ONLY

Financial Assistance Application Form – confidential

Please fill out all information completely. If it does not apply, write "NA." Attach additional pages if needed.

SCREENING INFORMATION

Do you need an interpreter? ☐ Yes ☐ No If Yes, list preferred language:
Has the patient applied for Medicaid? ☐ Yes ☐ No May be required to apply before being considered for financial assistance
Does the patient receive state public services such as TANF, Basic Food, or WIC? ☐ Yes ☐ No
Is the patient currently homeless? ☐ Yes ☐ No
Is the patient's medical care need related to a car accident or work injury? ☐ Yes ☐ No

PLEASE NOTE

- We cannot guarantee that you will qualify for financial assistance, even if you apply.
- Once you send in your application, we may check all the information and may ask for additional information or proof of income.
- Within 14 calendar days after we receive your completed application and documentation, we will notify you if you qualify for assistance.

PATIENT AND APPLICANT INFORMATION

Patient First Name		Patient Middle Name		Patient Last Name	
☐ Male ☐ Female ☐ Other (may specify _____)		Medical Record Number (MRN)	Patient Birth Date	Patient Social Security Number (optional)	
Person Responsible for Paying Bill (Guarantor)		Relationship to Patient	Guarantor Birth Date	Guarantor Social Security Number (optional)	
Mailing Address				Main Contact Numbers	
_____				() _____	
_____				() _____	
City State Zip Code				Email address: _____	
Employment Status of Person Responsible for Paying Bill					
☐ Employed (date of hire: _____) ☐ Unemployed (how long unemployed: _____)					
☐ Self Employed ☐ Student ☐ Disabled ☐ Retired ☐ Other (_____)					

FAMILY INFORMATION

List family members in your household, including yourself. "Family" includes people related by birth, marriage, or adoption who live together and are claimed as dependents on your most recently filed federal income tax return.

FAMILY SIZE _____

Attach additional page if needed

Name	Date of Birth	Relationship to Patient	If 18 years old or older: Employer(s) name or source of income	If 18 years old or older: Total gross monthly income (before taxes):	Also applying for financial assistance?
					Yes / No
					Yes / No
					Yes / No
					Yes / No

All adult family members' income must be disclosed. Sources of income include, for example:

- Wages - Unemployment - Self-employment - Worker's compensation - Disability - SSI - Child/spousal support
 - Work study programs (students) - Pension - Retirement account distributions - Other (please explain _____)

Financial Assistance Application Form – confidential

INCOME INFORMATION

REMEMBER: You must include proof of income with your application.

You must provide information on your family's income. Income verification is required to determine financial assistance. All family members 18 years old or older must disclose their income. If you cannot provide documentation, you may submit a written signed affidavit describing your income. Please provide proof for every identified source of income.

Examples of proof of income include:

- A "W-2" withholding statement; or
- Current pay stubs (6 months); or
- Bank Statements (6 months); or
- Last year's income tax return, including schedules if applicable; or
- Written, signed statements from employers or others (letter of support) stating your current financial situation and circumstances if you have no proof of income; or
- Forms approving or denying eligibility for Medicaid and/or state-funded medical assistance; or
- Forms approving or denying unemployment compensation; or written statements from employers or welfare agencies.

EXPENSE INFORMATION

(Please attach another page to list out other debts, if needed.)

We use this information to get a more complete picture of your financial situation.

Monthly Household Expenses:

Rent/Mortgage \$ _____

Medical Expenses \$ _____

Insurance Premiums \$ _____

Utilities \$ _____

Other Debt/Expenses \$ _____ (child support, loans, medications, other)

ASSET INFORMATION

Current Checking Account Balance

\$ _____

Current Savings Account Balance

\$ _____

Does your family have these other assets?

Please check all that apply

☐ Stocks ☐ Bonds ☐ 401K ☐ Health Savings Account(s) ☐ Trust(s)

☐ Property (excluding primary residence) ☐ Own a business

ADDITIONAL INFORMATION

Please attach an additional page if there is other information about your current financial situation that you would like us to know, such as a financial hardship, seasonal or temporary income, or personal loss.

PATIENT AGREEMENT

I understand that Morton County Health System may verify information by reviewing credit information and obtaining information from other sources to assist in determining eligibility for financial assistance or payment plans.

I affirm that the above information is true and correct to the best of my knowledge. I understand if the information I give is determined to be false, the result will be denial of financial assistance, and I will be responsible for and expected to pay for services provided.

Signature of Person Applying

Date



Solicitud de Atención Benéfica o Asistencia Financiera para Pacientes:

Morton County Health System ofrece atención médica a pacientes elegibles sin costo alguno o a una tarifa reducida. Entre los pacientes elegibles se incluyen todas aquellas personas — independientemente de su raza, religión o origen nacional— que cumplan con los criterios financieros establecidos en las normas vigentes sobre el nivel de pobreza y que no sean elegibles para el programa estatal Medicaid.

Se ofrece atención benéfica o asistencia financiera según los ingresos totales, el tamaño de la familia y la capacidad de pago.

La capacidad de pago se determina con base en las Pautas Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) publicadas. Para las personas o familias con ingresos iguales o inferiores a las FPG, podría estar disponible un descuento del 100 %. Las pautas de las FPG se actualizan en febrero de cada año.

Para optar a la atención benéfica o a la asistencia financiera de Morton County Health System, primero debe agotar todas las posibilidades de cobertura de seguro, Medicare, Medicaid o cualquier fuente de pago de terceros. Debe presentar pruebas de la denegación o aceptación si existe la posibilidad de que usted reúna los requisitos para Medicaid u otros programas de asistencia. La solicitud de atención benéfica puede utilizarse tanto si cuenta con un seguro como si no, o bien si no reúne los requisitos para obtener uno.

La elegibilidad para recibir atención benéfica o asistencia financiera del Morton County Health System se determina a partir de una solicitud completada por el paciente o el garante responsable. Usted debe presentar comprobantes de ingresos, de beneficios gubernamentales (como el seguro de desempleo) y de otros ingresos, tales como la manutención de hijos o del cónyuge. La declaración de impuestos más reciente es el comprobante de ingresos preferido. Si



esta no está disponible, el Morton County Health System se reserva el derecho de solicitar información adicional según sea necesario para verificar los ingresos.

La administración y la Junta Directiva revisarán a la mayor brevedad la solicitud completa junto con la documentación requerida. Se notificará por escrito al solicitante sobre su situación de elegibilidad. Si el solicitante parece reunir los requisitos para Medicaid u otra asistencia gubernamental, se le remitirá a dichos programas para obtener ayuda. En caso de que se deniegue otra asistencia, la notificación por escrito de dicha denegación servirá como respaldo adicional para que Morton County Health System otorgue asistencia financiera.

Para solicitar asistencia benéfica, por favor complete la solicitud adjunta y adjunte la documentación correspondiente que acredite sus ingresos. Todas las solicitudes aprobadas se aplican únicamente a las fechas de servicio solicitadas.

Por favor, incluya la siguiente documentación aplicable con su solicitud:

- Copia de su declaración de impuestos federales sobre la renta presentada más recientemente.
- Registros de pago actuales o verificación por escrito de los salarios emitida por su empleador correspondiente a los últimos 3 meses.
- Ingresos del Seguro Social, incluidos los pagos de SSI para dependientes.
- Pagos de pensión alimenticia recibidos durante el año en curso.
- Cualquier comprobante de asistencia pública o denegación de asistencia pública.
- Comprobante de cualquier pago por desempleo o compensación laboral recibido durante el año en curso.



Lista de verificación para la solicitud de atención benéfica o asistencia financiera

Por favor, presente todos los documentos solicitados en un plazo de 14 días hábiles. La falta de entrega de la solicitud y/o de los documentos requeridos podría dar lugar a la denegación de su petición. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al 620-697-2141.

Documentos requeridos

_____ COPIA DE LAS DECLARACIONES DE IMPUESTOS MÁS RECIENTES

(INCLUYENDO EL ANEXO C SI TRABAJA POR CUENTA PROPIA)

_____ COPIA DE LA CARTA DE DENEGACIÓN DE MEDICAID, SI CORRESPONDE

(OPCIONAL)

_____ PRUEBA DE COBERTURA DE SEGURO PRINCIPAL, SI CORRESPONDE

_____ SOLICITUD FIRMADA Y FECHADA CON TODOS LOS MIEMBROS DE LA
FAMILIA INCLUIDOS

Si no presentó la declaración de impuestos de los años más recientes o considera que su situación financiera actual no se refleja en la información fiscal, por favor envíe los documentos correspondientes junto con su declaración de impuestos. Tenga en cuenta que es posible que se solicite información adicional si no se puede determinar el comprobante de ingresos a partir de la información suministrada.

_____ ESTADO DE CUENTA DE AHORROS DE LOS ULTIMOS 6 MESES

_____ ESTADO DE CUENTA DE CHEQUES DE LOS ULTIMOS 6 MESES

_____ RECIBOS DE NOMINA DE LOS ULTIMOS 6 MESES

_____ COMPROBANTE DE DESEMPLEO

_____ COMPROBANTE DE DISCAPACIDAD

Formulario de solicitud de asistencia financiera-confidencial

Complete toda la información. Si no corresponde, escriba "NA" (no aplica). Adjunte páginas adicionales si es necesario.

INFORMACIÓN DE SELECCIÓN

¿Necesita un intérprete?	☐ Sí ☐ No	Si lo necesita, escriba el idioma que prefiere:
¿El paciente ha solicitado Medicaid?	☐ Sí ☐ No	Es posible que deba solicitar Medicaid antes de tenerlo en cuenta para la asistencia financiera
¿El paciente recibe servicios públicos estatales como el Programa de Ayuda Temporal a Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), Alimentos Básicos o el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC)?		
	☐ Sí ☐ No	
¿El paciente actualmente no tiene hogar?		
	☐ Sí ☐ No	
¿La necesidad de recibir asistencia médica del paciente está relacionada con un accidente automovilístico o un accidente laboral?		
	☐ Sí ☐ No	

NOTA

- No podemos garantizarle que usted sea elegible con los requisitos para recibir asistencia financiera, incluso si la solicita.
- Una vez que envía la solicitud, es posible que revisemos toda la información y solicitemos información adicional o comprobantes de ingresos.
- Dentro de los 14 días naturales una vez recibida la documentación y la solicitud completada le informaremos si usted cumple con los requisitos para recibir la asistencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y SOLICITANTE

Nombre del paciente		Segundo nombre del paciente		
☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro (especifique _____)	Número de registro médico (Medical Record Number, MRN)	Fecha de nacimiento del paciente	Número de Seguro Social del paciente (opcional)	
Persona responsable de pagar la factura (garante)	Vínculo con el paciente	Fecha de nacimiento del garante	Número de Seguro Social del garante (opcional)	
Dirección de correo _____ _____ _____ Ciudad Estado Código postal			Número(s) de contacto principal(es) () _____ () _____ Dirección de correo electrónico: _____	
Situación laboral de la persona responsable de pagar la factura				
☐ Empleado (fecha de contratación: _____) ☐ Desempleado (tiempo sin empleo: _____) ☐ Autónomo ☐ Estudiante ☐ Discapacitado ☐ Jubilado ☐ Otro (_____)				

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Enumere los miembros de la familia que residen en su casa, **incluido usted**. La "familia" incluye a los parientes relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntos y que son declarados como dependientes en la declaración federal de impuestos más reciente.

TAMAÑO DE LA FAMILIA _____

Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente	Si es mayor de 18 años de edad: Nombre del empleador o fuente de ingreso	Si es mayor de 18 años de edad: Ingreso bruto total mensual (antes de impuestos):	¿También solicita asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

Se debe revelar el ingreso de todos los adultos de la familia. Las fuentes de ingreso incluyen, por ejemplo, lo siguiente:

- Salarios - Desempleo - Empleo autónomo - Compensación del trabajador - Discapacidad - Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)
- Pensión infantil/conyugal - Programas de empleo para estudiantes (estudiante) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otro (por favor, explique _____)

Formulario de solicitud de asistencia financiera-confidencial

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

RECUERDE: Debe incluir comprobantes de los ingresos en la solicitud.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de la familia. La verificación de los ingresos se requiere para determinar la asistencia financiera.

Todos los integrantes de la familia mayores de 18 años de edad deben revelar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración escrita y firmada en la que describa sus ingresos. Proporcione comprobantes para todas las fuentes de ingreso identificadas.

Entre los ejemplos de comprobantes de ingresos, se incluyen los siguientes:

- Un formulario "W-2".
- Comprobantes de pago actuales (tres meses); o
- Estados de cuenta bancarios (tres meses); o
- La declaración de impuestos sobre los ingresos del último año, incluidos los formularios si corresponde; o
- Declaraciones por escrito y firmadas de empleadores u otro (documento de respaldo) que indique su situación y circunstancias financieras actuales, si no tiene prueba de sus ingresos, o
- Formularios donde se aprueba o se rechaza la elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica estatal; o
- Formularios donde se aprueban o se rechazan subsidios por desempleo, o declaraciones escritas de los empleadores o instituciones de asistencia social.

INFORMACIÓN SOBRE GASTOS

(Adjunte otra página para enumerar otras deudas si es necesario).

Utilizamos esta información para obtener un panorama completo de su situación financiera.

Gastos domésticos mensuales:

Renta/hipoteca (USD) _____

Primas de seguro (USD) _____

Otras deudas/gastos (USD) _____

Gastos médicos (USD) _____

Servicios (USD) _____

(pensión infantil, préstamos, medicamentos, otros)

INFORMACIÓN SOBRE BIENES

Saldo actual de la cuenta corriente I
(USD) _____

Saldo actual de la cuenta de ahorros I
(USD) _____

¿Su familia tiene los siguientes bienes?

Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ Acciones ☐ Bonos ☐ Plan de ahorro 401K ☐ Cuenta(s) de ahorros para gastos médicos
☐ Inmuebles (sin incluir la residencia principal) ☐ Negocio propio ☐ Fideicomiso(s)

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página adicional si tiene más información sobre su situación financiera actual que quisiera informarnos, por ejemplo, un problema financiero, un ingreso temporal o transitorio o una pérdida personal.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Comprendo que Morton County Health System puede verificar la información al revisar la información de crédito y obtener información de otras fuentes para ayudar a determinar si el paciente cumple con los requisitos para obtener asistencia financiera o planes de pago.

Ratifico que la información anteriormente mencionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si la información que he proporcionado es falsa, la consecuencia será la denegación de la asistencia financiera y seré responsable y tendré que pagar por los servicios prestados.

Firma del solicitante

Fecha