

Gracias por su interés en el Programa de Asistencia Financiera de Compass Memorial Healthcare. Nuestro Programa de Asistencia Financiera está diseñado para ayudarlo con sus facturas médicas por los servicios recibidos en Compass Memorial Healthcare and Clinics. Adjunta, encontrará la solicitud de asistencia financiera. Tenga en cuenta lo siguiente al completar la solicitud:

- Esto no es un seguro de salud; es asistencia financiera solo para sus facturas de Compass Memorial Healthcare and Clinic. Debido a que no es un plan de seguro de salud, el Programa de Asistente Financiero solo puede cubrir los servicios que se facturan directamente a través de Compass Memorial Healthcare. Esto significa que solo puede ayudar con los cargos de las instalaciones de Compass Memorial Healthcare y los cargos incurridos con los médicos empleados por Compass Memorial Healthcare.
- Nuestro Programa de Asistencia Financiera ayuda con sus facturas por servicios médicamente necesarios, y no ayuda con facturas de medicamentos recetados, servicios minoristas o algunos servicios electivos.
- Al completar la solicitud, es importante que nos proporcione información actualizada, incluso si su situación ha cambiado desde que incurrió en sus facturas con Compass Memorial Healthcare. La elegibilidad para la Asistencia Financiera se basa en los ingresos actuales de su hogar.
- Para ser elegible para recibir asistencia financiera, debe completar la solicitud dentro de los 240 días posteriores a su primer estado de cuenta de los servicios que está solicitando. Si se recibe una solicitud después de los 240 días de su primer estado de cuenta, será denegada automáticamente y usted será responsable del pago de ese servicio.
- Nuestra política actual ahora requiere que todos los pacientes que solicitan asistencia financiera también soliciten Medicaid de Iowa. **Paracalificar para Asistencia Financiera, necesitaría ser aprobado o rechazado para Iowa Medicaid.** Se deberá presentar una copia de la carta de denegación de Medicaid con la solicitud. Alguna orientación en la página siguiente sobre cómo aplicar.
 - Si necesita ayuda o tiene preguntas, puede llamar al Centro de Contacto del DHS al 1-855-889-7985. Su horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5 p.m.

**A CONTINUACIÓN SE MUESTRA EL SITIO WEB PARA SOLICITAR
IOWA MEDICAID**

<https://dhsservices.iowa.gov/apspssp/ssp.portal>



COMPASS MEMORIAL HEALTHCARE

Discover the difference

Oficina de Negocios de Compass Memorial Healthcare

300 West May Street
52301, Marengo, Iowa

Teléfono: 319-642-5543
Fax: 319-642-8142

<https://dhservices.iowa.gov/apsppsp/ssp.portal>

Language: English

DHS SERVICES PORTAL

User Name: Password: Log In

Forgot User Name Forgot Password/PIN Sign Up Help

Useful links

- Make a Payment
- For TTY Services
- Help
- Give Us Your Feedback
- Terms and Conditions
- Rights and Responsibilities
- Your Rights Under HIPAA
- Register To Vote
- Printable Application
- Medicare
- Social Security
- Senior Health Insurance Information Program (SHIIP)
- Estate Recovery
- Legal Aid
- Contacts
- Notices of Privacy Practices

CHECK eligibility

What benefits could I receive?

APPLY for benefits

Apply for assistance.

Seleccione Solicitar asistencia

Deberá configurar un nombre de usuario y una contraseña para completar el

Department of
HUMAN SERVICES

Useful

links

- Make a Payment
- For TTY Services
- Help
- Give Us Your Feedback
- Terms and Conditions
- Rights and Responsibilities
- Your Rights Under HIPAA
- Register To Vote
- Printable Application
- Medicare
- Social Security
- Senior Health Insurance Information Program (SHIIP)
- Estate Recovery
- Legal Aid
- Contacts
- Notices of Privacy Practices

ACCOUNT

Log In



User Name

Password

Log In

[Click here if you forgot your password/PIN](#)

[Click here if you forgot your username](#)

[Don't have an account? Click here to create an account](#)

Lista de verificación de la solicitud

1. Solicite Medicaid si aún no lo ha hecho.
 - a. Si ha solicitado asistencia financiera de CMH en los últimos 3 años y se le negó Medicaid y no ha tenido cambios significativos en sus ingresos, es posible que solo deba completar la Herramienta de autoevaluación de preselección.
 - b. Completar e imprimir la información financiera y los resultados
 - c. Si los resultados dicen que no será elegible para los costos de atención médica, entonces no necesita solicitar Medicaid. Si los resultados dicen que alguien en su hogar puede ser elegible para un seguro de salud de bajo costo o sin costo, entonces debe completar la solicitud de Medicaid.
2. Complete las páginas 1 y 2 de la solicitud.
3. Asegúrese de obtener todas las firmas aplicables (cónyuge si está casado).
4. Si ha sido aprobado para Medicaid, presente lo siguiente:
 - ☐ Páginas 1 y 2 de la solicitud
 - ☐ Prueba de aprobación de Medicaid
5. Si se le ha negado Medicaid, envíe lo siguiente:
 - ☐ Páginas 1 y 2 de la solicitud
 - ☐ Prueba de denegación de Medicaid
 - ☐ Declaraciones de impuestos más recientes Si no tiene una declaración de impuestos o su situación ha cambiado, envíe también lo siguiente:
Copia de los estados de cuenta de cheques y/o ahorros del mes pasado (si corresponde)
Copia de su carta de adjudicación del Seguro Social (si corresponde)
 - ☐
 - ☐ Una copia de los beneficios de desempleo (si corresponde).
 - ☐ Una copia de su estado financiero certificado más reciente (propietarios de negocios / trabajadores por cuenta propia)
 - ☐ Una copia de sus estados de cuenta de cheques y ahorros del mes pasado (si corresponde)

Si no está seguro de qué documentación incluir con su solicitud, o si necesita alguna otra ayuda con esta solicitud, comuníquese con nosotros al 319-642-5543.

Sinceramente

La oficina comercial de Compass Memorial Healthcare

**COMPASS MEMORIAL****HEALTHCARE***Discover the difference*

Oficina de Negocios de Compass Memorial Healthcare

300 West May Street
52301, Marengo, IowaTeléfono: 319-642-5543
Fax: 319-642-8142**Solicitud del Programa de Asistencia Financiera de Compass Memorial Healthcare****Información para el paciente**

Nombre:		Apellido:		ME:
Dirección:		Ciudad:		Estado:
Fecha de nacimiento:	Seguridad social:	Teléfono de casa:	Teléfono celular:	
¿El paciente es menor de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de cuenta del hospital:		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo				

Persona responsable del pago: Información demográfica☐ Verifique si el paciente es la persona responsable del pago (Si está marcado, vaya a la sección de información de empleo)

Nombre:		Apellido:		ME:
Dirección:		Ciudad:		Estado:
Fecha de nacimiento:	Seguridad social:	Teléfono de casa:	Teléfono celular:	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo				

Persona responsable del pago: Información de empleo☐ Verifique si no está empleado

Nombre del empleador :		
Dirección:	Ciudad:	Estado:
Número de teléfono:	Ingreso bruto mensual :	

Persona responsable del pago: Información demográfica del cónyuge☐ Compruebe si no corresponde

Nombre:		Apellido:		ME:
Dirección:		Ciudad:		Estado:
Fecha de nacimiento:	Seguridad social:	Teléfono de casa:	Teléfono celular:	

Persona responsable del pago: Información de empleo del cónyuge☐ Verifique si el cónyuge no está empleado

Nombre del empleador :		
Dirección:	Ciudad:	Estado:
Número de teléfono:	Ingreso bruto mensual :	

Actualizar

Dependientes: Todos los dependientes reclamados en la declaración

☐ Compruebe si no corresponde

Nombre:	DOB:	Edad:
Nombre:	DOB:	Edad:
Nombre:	DOB:	Edad:
Nombre:	DOB:	Edad:

Todas las demás fuentes de ingresos

Fuente de Income Amount Received_How recibido a menudo	Nombre de la persona que recibe		
Otros ingresos del hogar			
Ingresos por desempleo			
Seguridad social			
Manutención de los hijos/pensión alimenticia			
Pensión			
Interés/Dividendo			
Otros (explicar)			

☐ Verifique si no tiene fuentes de ingresos adicionales para informar

Estoy / Estamos solicitando asistencia a través de Compass Memorial Healthcare and Clinics. Verifico bajo pena de ley que todo lo contenido en esta solicitud es verdadero y correcto a mi leal saber y entender y que nada de lo contenido en esta solicitud fue falsificado para recibir asistencia. Entiendo que yo/nosotros no podemos recibir asistencia financiera aprobada, en cuyo caso, yo/nosotros debemos hacer un esfuerzo de buena fe para pagar puntualmente el saldo que se le pueda deber a Compass Memorial Healthcare and Clinics. **Por la presente autorizo a Compass Memorial Healthcare a verificar cualquier información contenida en esta solicitud (ya sea verbalmente o por escrito), con las referencias o acreedores mostrados.**

Firma del solicitante principal :	Fecha:
Firma del cónyuge :	Fecha:



COMPASS MEMORIAL
HEALTHCARE

Discover the difference

Oficina de Negocios de Compass Memorial Healthcare

300 West May Street
52301, Marengo, Iowa

Teléfono: 319-642-5543
Fax: 319-642-8142