FINANCIAL HARDSHIP WAIVER

En consideración a mis necesidades médicas particulares y a los gastos de atención incurridos únicamente en función de dichas necesidades médicas, y de mi capacidad financiera para pagar dichos servicios médicos recomendados sin o incluso con la cobertura de seguro aplicable, y con el entendimiento de que soy personalmente responsable financieramente de todos y cada uno de los cargos médicos, independientemente de cualquier cobertura de seguro aplicable, **Por la presente declaro que tengo dificultades económicas para pagar parte o la totalidad de los gastos debido a lo siguiente:**

☐Ingresos corrientes insuficientes
☐Sin ningún seguro o sin seguro aplicable para el tratamiento en este proveedor médico
☐Con seguro aplicable, pero aún médicamente dañado financieramente (ver más abajo)

Más importante aún, declaro que sin seguir la asistencia de pago, buscar y continuar con la atención médica médica apropiada e importante habría sido imposible para mí o me habría perjudicado financieramente si me viera obligado a pagar los cargos completos de mis gastos de atención médicamente necesarios después de haber pagado al proveedor mi parte de las facturas. Pero mi seguro rechazó indebidamente mis reclamos. También declaro que solicité personalmente dicha asistencia de pago solo después de haber sido completamente informado de mis importantes opciones de tratamiento médico y la necesidad de dichas opciones de tratamiento únicamente en función de mis necesidades médicas particulares y la disponibilidad de esta Política de Pago del proveedor:

> *Por* Exención de Pago *nos referimos a una póliza desarrollada y utilizada por un proveedor de atención médica para determinar la capacidad financiera de los pacientes para pagar los servicios. Por "perjudicados financieramente" nos referimos a pacientes cuya cobertura de seguro médico, si la hay, no proporciona cobertura completa para todos sus gastos médicos y que sus gastos médicos, en relación con sus ingresos, los perjudicarían financieramente si se vieran obligados a pagar los cargos completos de sus gastos médicos".*

Si bien solicito y designo a mi representante autorizado para que continúe presentando nuevas reclamaciones / apelaciones de cualquier reclamación denegada en mi nombre, solicito específicamente en virtud de esta exención de pago la siguiente asistencia de descuento para indigentes por el saldo total restante en mi cuenta al agotar el proceso de reclamaciones**:**

Marque todo lo que desea ser considerado:

- ☐ Renuncia al cobro de un deducible
- ☐ Renuncia al cobro de copagos/tarifas de encuentro
- ☐ Renuncia al cobro del coaseguro
- ☐ Renuncia al cobro de la denegación del seguro: $_____

Firma del paciente **Fecha**

Firma del personal/agente del proveedor **Fecha**

Rise Community Hospital
37358 Market Place Dr.
Prairieville, LA 70769
P: (225) 755-9765 • F: (225) 778-8871