

## **Resumen en Lenguaje Sencillo de la Asistencia Financiera**

Los pacientes elegibles que tienen un ingreso familiar igual o inferior al 450% del nivel federal de pobreza actual y cumplen con ciertos requisitos de ingresos bajos y moderados pueden calificar para atención gratuita o atención con descuento parcial y opciones de planes de pago extendido de **Coshocton Regional Medical Center**. A ningún paciente se le cobrará más que el Monto Facturado Generalmente (AGB, por sus siglas en inglés) por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. Los médicos del Departamento de Emergencias y otros médicos que no son empleados del hospital también pueden ofrecer asistencia financiera por separado. El Programa de Atención Caritativa se resume en el anexo "Programa de Atención Caritativa", y el Programa de Pago con Descuento se resume en el anexo "Programa de Pago con Descuento de Asistencia Financiera".

Los pacientes pueden obtener copias de la Política de Asistencia Financiera y los formularios de solicitud en el sitio web del hospital, [www.coshoctonhospital.org](http://www.coshoctonhospital.org). Para obtener más información o una solicitud de asistencia financiera, póngase en contacto con nosotros:

**740-623-4244**  
**Coshocton Regional Medical Center**  
**1460 Orange Street**  
**Coshocton, Ohio 43812**

Los documentos de la Política de Asistencia Financiera están disponibles en idiomas distintos del inglés hablados por un número sustancial de pacientes atendidos por el hospital.

Las solicitudes completas deben entregarse a:

**Coshocton Regional Medical Center**  
**A la atención de: Servicios financieros para pacientes**  
**1460 Orange Street**  
**Coshocton, Ohio 43812**