

**Huntsville Memorial Hospital
Financial Assistance for Charity Care
Application for Appeal – Attachment F**

IF YOUR REQUEST FOR UNCOMPENSATED SERVICES HAS BEEN DENIED, YOU MAY APPEAL WITHIN THIRTY (30) DAYS AFTER THE DIRECTOR OF SOCIAL SERVICES HAS MAILED YOU THE NOTICE OF DENIAL OF APPLICATION. THE APPEAL MAY BE MADE BY THE INDIVIDUAL REQUESTING THE UNCOMPENSATED SERVICES OR THE MEDICAL FACILITY THROUGH WHICH THE MEDICAL CARE WAS PROVIDED OR WILL BE PROVIDED. YOUR APPLICATION SHOULD BE ADDRESSED TO THE HOSPITAL CFO.

NAME OF PERSON OR MEDICAL FACILITY APPEALING _____

ADDRESS _____ PHONE _____

DATE OF REQUESTED SERVICES _____

DATE OF DENIAL OF APPLICATION _____

DATE APPLICATION FOR APPEAL WAS MADE _____

***STATE GROUNDS ON WHY APPEAL IS BEING MADE AND EXPLAIN WHY YOU BELIEVE THE APPLICATION FOR ELIGIBILITY HAS BEEN DENIED.**

***GIVE SOME SUPPORTING DOCUMENTATION THAT YOU BELIEVE IS RELEVANT TO THE DETERMINATION.**

Huntsville Memorial Hospital
Asistencia financiera para atención de caridad
Recurso de casación – Apéndice F

SI SU SOLICITUD DE SERVICIOS NO COMPENSADOS HA SIDO DENEGADA, PUEDE APELAR DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS POSTERIORES A QUE EL DIRECTOR DE SERVICIOS SOCIALES LE HAYA ENVIADO POR CORREO EL AVISO DE DENEGACIÓN DE SOLICITUD. LA APELACIÓN PUEDE SER PRESENTADA POR LA PERSONA QUE SOLICITA LOS SERVICIOS NO COMPENSADOS O EL CENTRO MÉDICO A TRAVÉS DEL CUAL SE BRINDÓ O SE PROPORCIONARÁ LA ATENCIÓN MÉDICA. SU SOLICITUD DEBE DIRIGIRSE AL CFO DEL HOSPITAL.

NOMBRE DE LA PERSONA O CENTRO MÉDICO QUE APELA ____

DIRECCIÓN ____

FECHA DE LOS SERVICIOS SOLICITADOS ____

FECHA DE DENEGACIÓN DE LA SOLICITUD ____

FECHA EN QUE SE PRESENTÓ LA SOLICITUD DE APELACIÓN ____

*** INDIQUE LOS MOTIVOS POR LOS QUE SE PRESENTA LA APELACIÓN Y EXPLIQUE POR QUÉ CREE QUE LA SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD HA SIDO DENEGADA.**

*** PROPORCIONE ALGUNA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO QUE CONSIDERE RELEVANTE PARA LA DETERMINACIÓN.**
