



Facility Name(s):	Mercy Revenue Cycle
Policy / Procedure:	MW MRC PSERV NHSC Financial Assistance Application_Spanish

**ASISTENCIA FINANCIERA DE MERCY**  
*Balances de Clínica de Servicio Nacional de salud*

Fecha:

Nombre del Principal de la Cuenta:

Dirección:

Ciudad y Estado:

Número(s) de cuenta:

Mercy se esfuerza en satisfacer las necesidades médicas de nuestros pacientes de manera consistente con nuestra Misión, Visión y Valores Fundamentales. Como tal, tratamos de proveer ayuda financiera a pacientes y familias quienes verdaderamente carecen de medios para cumplir con sus obligaciones financieras por los servicios médicos provistos. A fin de cumplir con regulaciones gubernamentales, los pacientes quienes pidan Asistencia Financiera para servicios recibidos en una Clínica de Servicio Nacional de Salud deben entregar los siguientes artículos para determinar si califica para un descuento de ayuda financiera:

1.  Complete la solicitud de ayuda financiera (adjunta)
2.  Copia valida de licencia de conducir, identificación estatal, u otra forma de identificación válida con foto incluida como verificación
3.  Copia actual de su declaración de impuestos federal y estatal (si no está disponible, debe proveer como 4506\_T)
4.  Copia de carta/reporte de beneficios de desempleo que demuestre beneficios máximos y semanales, **Si es aplicable**
5.  Copias de talones de cheques de los últimos 60 días de cada miembro que habite en la casa de 18 años de edad o mayor
6.  Otro: \_\_\_\_\_

**Favor de enviar por correo a:      Mercy Health**  
**Atención: Asistencia Financiera**  
**1570 W. Battlefield, Suite 120**  
**Springfield, MO 65807**

En caso de que falte documentación de respaldo, la solicitud le será devuelta con una solicitud de los documentos faltantes. Si no provee documentación que respalde dentro de 15 días, Mercy procederá con nuestro proceso normal de colecciones. Favor de permitir diez 10 días hábiles para que podamos revisar la información entregada. Mercy explorará cualquier otra fuente de pago que esté disponible al paciente, antes de proveer un descuento.



Se le notificara por carta acerca del descuento de asistencia financiera que le podamos proveer. Para mantener su cuentas en buen estado con el Mercy NHSC Clínica , favor de continuar con sus pagos mensuales en sus cuentas pendientes mientras procesamos su solicitud. Si tiene preguntas o preocupaciones, favor de comunicarse al 855-420-7900.

**Si usted tiene balance en ambos NHSC Clínica y Hospital Mercy** favor de llamarnos al número en la parte superior para pedir Asistencia Financiera que **no sea NHS** (no envíe esta solicitud)

### Clínica de Servicio Nacional de Salud

Favor de proveer su doctor de cabecera y localidad	
Doctor de Cabecera	Localidad del Doctor de Cabecera

Apellido del Principal de la Cuenta	Nombre	Segundo Nombre	Estado Civil*
			Soltero(a), casado(a), divorciado(a) o viudo(a)
Número de Seguro Social*	Fecha de Nacimiento		
Número de Teléfono de Casa	Número de Teléfono Celular	Número de Teléfono de Trabajo	
Empleador	Ocupación	Tiempo en el Empleo	
Dirección/PO BOX del Empleador	Ciudad	Estado	Código Postal

Esposo(a)/Co-Solicitante apellido	Nombre	Segundo Nombre	Estado Civil*
			Single, Married, Divorced or Widowed:
Número de Seguro Social *	Fecha de Nacimiento		

El número de Seguro Social y estado civil son opcionales y no son un requisito para la consideración de este programa.



Número de Teléfono de Casa	Número de Teléfono Celular	Número de Teléfono del Trabajo	
Empleador	Ocupación	Tiempo en el Empleo	
Dirección/PO BOX del Empleador	Ciudad	Estado	Código Postal

**Por favor haga lista de todos los miembros que habitan en la casa, *incluyéndose* usted y complete la información de cada uno**

Nombre	Número de Seguro Social *	Fecha de Nacimiento	Relación	Escuela que Atiende

**Favor de proveer los ingresos brutos (antes de deducciones) del principal de la casa, esposo(a) y dependientes mayores de 18 años y adjunte documentación.**

Fuente de Ingreso	Paciente	Esposo(a)	Other	Fechas de Pago	Annual Total
Trabajo por cuenta Propia				Semanal/Quincenal/Mensual	
Seguro Social/Discapacidad				Semanal/Quincenal/Mensual	
Pensión				Semanal/Quincenal/Mensual	
Desempleo				Semanal/Quincenal/Mensual	

**El número de Seguro Social y estado civil son opcionales y no son un requisito para la consideración de este programa.**

