



New Patient  
 Renewal  
 MRN# \_\_\_\_\_

Estimado Paciente o Solicitante:

Usted está recibiendo esta solicitud de Asistencia Financiera del Paciente debido a que usted ha solicitado cuidado médico en La Clínica JFK del Hospital Mercy. **Para poder evaluar su situación financiera debidamente y determinar su elegibilidad se requiere la siguiente la información y debe completarse en su totalidad o le sera devuelta:**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 (Mes/Día/Año)

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)  Separado(a)

Especifique el servicio médico que necesite:

- Medicina general  Pediatría  Ginecología
- Obstetricia: Si está embarazada, de cuánto tiempo esta? \_\_\_\_\_
- Otros servicios: \_\_\_\_\_

Escriba las enfermedades /diagnósticos.

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Está transfiriendo su cuidado medico a nosotros?  Si  No De ser si, ¿de donde? \_\_\_\_\_

Los pacientes nuevos que soliciten los servicios de La Clínica JFK del Hospital Mercy deben permitir (10) días para el proceso de revisión. Los pacientes actuales que estén actualizando o renovando su aplicación para los servicios de La Clínica JFK del Hospital Mercy, deberán solicitar treinta (30) días antes de que la solicitud expire y después dejar pasar 10 días para el proceso de revisión. Los solicitantes nuevos y los que están renovando serán notificados de la determinación por medio de una carta por correo. Si tiene alguna pregunta, inquietud o necesita ayuda para completar estas formas, no dude en llamarnos al 314-251-6382.

Por favor entregue o envíe su Solicitud de Asistencia Financiera y documentación adicional requerida a:

**Clínica JFK del Hospital Mercy**  
 Attn: Coordinadores de Solicitudes  
 615 S. New Ballas Rd. | St. Louis, MO 63141  
 Correo Electronico: MercySt.LouisJFKClinic@mercy.net  
 Fax: 314-251-4454

Guaranter Account# \_\_\_\_\_  
 See Documents from:  
 E# \_\_\_\_\_  
**For office use only**

1. Complete y **firme** la solicitud de **Asistencia Financiera del Paciente** adjunta.
  2. Adjunte una **copia** de la **Declaración de Impuestos Federales, Estatales y la W-2** reciente suya o de la parte responsable de todos los miembros de su casa. Además incluya todas las páginas y anexos. Si usted no declaró sus impuestos, por favor incluya una carta de parte de Departamento de Impuestos sobre la Renta (IRS). Pueden ser contactados al 1-800-908-9946 o [www.irs.gov](http://www.irs.gov).
  3. Adjunte **copias** de los dos últimos (2) **Talones de Cheque\*** de **todos los miembros** de su casa. Si le pagan en efectivo, envíe la verificación de empleo y salario en papel con membrete de la empresa.
  4. Adjunte **copias** de los últimos dos (2) **Estados de Cuenta(s) Bancaria(s), y/o Tarjetas de Debito\*** de **todas sus cuentas, y de todos los miembros** de su casa.
  5. Adjunte una **copia(s)** de la **Carta(s)** de aprobación de ingreso suplementario **SSD/ SSI** más reciente de **todos los miembros** de su casa.
  6. Adjunte una **copia** del documento de manutención de niños más reciente, pensión, y/o subvención por desempleo de **todos los miembros** de su casa.
  7. Adjunte una **copia** de **las tarjetas del seguro médico/Medicare/ Medicaid** de **todos los miembros** de su casa.
- \* Por favor solo incluya **una copia de documentos por familia**.

Si no puede presentar estos documentos, por favor documente la razón en la sección de **Información Adicional** en la pagina n. 4.

## SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONOMICA AL PACIENTE

|                                                           |                                                   |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Nombre del aval /Nombre legal de la parte del responsable |                                                   |
| Nombre del paciente (Si no es la parte responsable)       | Número de Teléfono del Paciente (casa o celular)  |
| Dirección                                                 | Ciudad, Estado, Código Postal                     |
| Nombre del Esposo(a)                                      | Número de Teléfono del Esposo(a) (casa o celular) |
| Nombre del Contacto de Emergencia                         | Número del Contacto de Emergencia                 |

### Información del Empleador

| <input type="checkbox"/> Aval <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Esposo(a)/Pareja | <input type="checkbox"/> Aval <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Esposo(a)/Pareja |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del <b>Empleador</b>                                                                               | Nombre del <b>Empleador</b>                                                                               |
| Dirección                                                                                                 | Dirección                                                                                                 |
| Ciudad, Estado, Código Postal                                                                             | Ciudad, Estado, Código Postal                                                                             |
| Teléfono                                                                                                  | Teléfono                                                                                                  |
| Puesto de Trabajo/Duración en la empresa                                                                  | Puesto de Trabajo/Duración en la empresa                                                                  |

### Miembros de la casa:

Los miembros de la casa se definen de la siguiente manera:

- Si el paciente es un adulto incluya el paciente, el cónyuge del paciente y los dependientes que vivan en la casa. (todos los miembros del hogar)
- Si el paciente es menor, incluya al paciente, padre del paciente y sus dependientes, madre del paciente y sus dependientes. (todos los miembros del hogar)
- Los dependientes se definen según las directrices del Servicio de Rentas Internas (IRS).

| Nombre | Número de Medicaid | Fecha de nacimiento | Parentesco con usted |
|--------|--------------------|---------------------|----------------------|
|        |                    |                     |                      |
|        |                    |                     |                      |
|        |                    |                     |                      |
|        |                    |                     |                      |
|        |                    |                     |                      |
|        |                    |                     |                      |
|        |                    |                     |                      |

### Ingresos:

- Los ingresos se definen como el efectivo recibido sin impuestos e incluye pero no se limitan a:
  - Sueldos, salarios, propinas; manutención de niños, manutención conyugal; beneficios del Seguro Social, discapacidad de veteranos, compensación al trabajador; desempleo; ingreso o pérdida de negocio; pensión y fideicomisos; ingresos por inmuebles de alquiler, ingresos o pérdidas agrarias, dividendos, y reembolsos tributables.

| Origen de Ingresos | Nombre Completo | Cantidad Recibida | W - Semanal<br>B - Quincenal<br>M - Mensual<br>A - Anual |
|--------------------|-----------------|-------------------|----------------------------------------------------------|
|                    |                 |                   |                                                          |
|                    |                 |                   |                                                          |
|                    |                 |                   |                                                          |
|                    |                 |                   |                                                          |
|                    |                 |                   |                                                          |

### Banco e Inversiones:

- Incluya todas sus cuentas bancarias, cuentas de ahorro, cuenta de Jubilación/Vejez (IRA, fondo de pensión, 401k, 403b, etc.), Dinero invertido en acciones/mercado, dinero invertido en fondos mutuos etc.

| Banco/Inversiones | Cantidad | Comentarios |
|-------------------|----------|-------------|
|                   |          |             |
|                   |          |             |
|                   |          |             |
|                   |          |             |
|                   |          |             |

**Información Adicional:**

- Anote abajo cualquier asistencia local, estatal o federal previa o actual incluyendo pero que no se limite a:
- Beneficios del Seguro Social, Medicaid y Medicare. Ejemplos de beneficios de Seguro Social incluyen Ingresos adicionales por Incapacidad o benéficos por supervivencia.

| Programa de Asistencia | Fecha de la Aplicación | Determinación |
|------------------------|------------------------|---------------|
|                        |                        |               |
|                        |                        |               |
|                        |                        |               |
|                        |                        |               |

**Si sus ingresos o estilo de vida han cambiado, por favor explíquelo y proporcione documentación. (Por ejemplo, pérdida de empleo, muerte de algún miembro de la familia, divorcio, numerosas cuentas médicas u otros gastos etc.)**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Si no puede proporcionar la documentación requerida por favor explique la razón.**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## Información Financiera

- Una vez sea aceptado como paciente a La Clínica JFK del Hospital Mercy, **se le requiere renovar la tarifa de caridad de la Clínica con nosotros cada seis meses.** Esta tarifa de caridad será también la misma que se aplique a los servicios del Hospital Mercy St. Louis; por lo tanto **no hay necesidad de solicitar a dicha tarifa al Hospital.**
- Para seguir siendo elegible para los servicios de la Clínica se requiere que la Solicitud de Asistencia Financiera al Paciente esté actualizada y se revisará de acuerdo a la normativa vigente del Hospital.
- Cualquier cambio en la situación económica del paciente o la información provista durante su registro debe ser reportada a la **consejera financiera de la Clínica JFK.**
- Al ser aceptado como paciente, se le requiere al paciente que solicite cualquier tipo de asistencia médica disponible como Medicaid, Medicare Parte B o D o de cualquier otra cobertura de seguro medico. Si no solicita o mantiene estos programas de asistencia, se le revocará el descuento de la clínica, y el paciente será responsable de todos los cargos incurridos por los servicios prestados.

## Información de Pago:

- Los copagos de la oficina o saldos a cobrar se hacen al momento del registro en ventanilla.
- Los pacientes deben presentar sus tarjetas de identificación y del seguro médico en cada visita
- Los copagos en la farmacia oscilan entre \$ 0.50 a \$ 5.00 por cada prescripción médica.

La Solicitud de Asistencia Financiera del Paciente **debe estar firmada y fechada** por las partes responsables y el conyugue o pareja, para que la aplicación se considere completa. Al firmar abajo, entiendo que, soy elegible financiera y medicamente.

- Recibiré una carta de aceptación que indicara mi tarifa de la Clínica y los copagos por consulta, (si aplica), y me comprometo a pagar la cuota y el copago de todos los servicios prestados.
- Si soy un paciente nuevo, recibiré un folleto de la Clínica y una carta con la normativa vigente y la revisaré en su totalidad.
- Cumpliré con las directrices y políticas financieras, en el pago y citas de la clínica.
- Entiendo que si violo cualquiera de estas políticas directrices, se darán por terminado mis privilegios de la clínica.

## Información de Facturación:

- Si Usted tiene alguna pregunta en relación a las facturaciones del hospital o facturas médicas, por favor **preséntelas en el departamento de facturación** y serán revisadas.

Yo, hago constar que toda la información proporcionada es verdadera y fidedigna. Según la presente autorizo a Mercy a obtener mi reporte de crédito en conexión al número de la Seguro Social o Número ITIN, el cual, como parte responsable y firmante de ésta solicitud, certifico haber sido asignado legalmente éste número de Seguro Social o Número ITIN.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Número de la Seguro Social o Número ITIN

\_\_\_\_\_  
Fecha

Yo, hago constar que toda la información provista es verdadera y fidedigna. Según la presente, autorizo a Mercy a obtener mi reporte de crédito en conexión al Número de Seguro Social o numero ITIN, el cual, como parte responsable y firmante de esta solicitud, certifico haber sido asignado legalmente este número de la Seguro Social o Numero ITIN.

\_\_\_\_\_  
Firma de Esposo(a) o Parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Número de la Seguro Social o Número ITIN

\_\_\_\_\_  
Fecha