



Programa de Asistencia Financiera Mercy

Fecha:
Nombre del Garante:
Dirección:
Ciudad y Estado:

Número de Cuenta (s): *****

Mercy se esfuerza por brindar asistencia a pacientes y familias que realmente no pueden cumplir con sus obligaciones financieras con nosotros por los servicios médicos prestados. Ofrecemos evaluaciones de Medicaid, un Programa de Asistencia Financiera y tarifas con descuento para pacientes sin Seguro que no califican para el Programa de Asistencia Financiera. También hay disponibles préstamos sin intereses y opciones de pago a largo plazo.

Si **no tiene Seguro** y necesita ayuda, le pedimos que llame a nuestro servicio de evaluación de Medicaid al **1-844-765-6850** para ver si puede ser elegible para Medicaid. Si es así, le ayudaremos a presentar su solicitud. Se requiere que los pacientes no asegurados llamen a la línea de detección antes de enviar esta solicitud.

Fecha en que se realizó la llamada a la línea de Elegibilidad de Seguros: _____

Si está **asegurado** o **ya ha sido evaluado**, envíe **todos los documentos que se enumeran a continuación a 1730 E Portland St. Springfield, MO 65804 (solo dirección de correo):**

- **Solicitud** de Asistencia Financiera (siguiente a este documento)
- Una copia complete de los últimos años requeridos para la presentación de la Declaración de Impuestos Federales; **incluyendo** todos los anexos, para **todos** los miembros de su hogar. Si tiene ingresos comerciales, necesitaremos **una hoja de cálculo/estado de pérdidas y ganancias hasta la fecha**. Si **no** declara Impuestos Federales, por favor complete y firme el **formulario 4506-T**. Llame al 1-800-908-9946 para preguntas sobre este formulario.

- Copias de comprobantes de ingresos para todos los miembros del hogar
 - **Fuentes de ingreso incluyen:** Intereses, Salario, Renta, Pensión Matrimonial, Pensiones, Discapacidad, Dividendos, Seguro Social, Desempleo, Manutención del Menor, Becas Estudiantiles, Compensación al Trabajador, Ayuda Pública, Otra documentación escrita de Fuentes de Ingreso.
 - o Si no tiene ingresos – por favor de proporcionar una Declaración de Manutención (el formulario puede que se envió junto con esta solicitud)

- Si su ingreso total ha cambiado significativamente desde su última declaración de impuestos, favor de proveer documentación escrita de los cambios.

Si alguno de los documentos anteriores no se envía dentro de los 15 días, no podremos considerar su asistencia y procederemos con nuestro proceso de cobranza normal.

Espera diez (10) días hábiles para que revisemos su información enviada. Se le notificará por carta del descuento de asistencia financiera que podemos proporcionarle. Si tiene alguna pregunta, contáctenos en: **855-420-7900**.

Principal de la Cuenta y Esposo(a)/Información del Co-aplicante

Nombre Completo	Domicilio/Ciudad/estado/Código Postal	Número de Teléfono	Estado Civil Soltero(a), casado(a), divorciado(a) o viudo(a)	Empleador	Tiempo en el Empleo

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

Nombre Completo	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Relación al Garante	Escuela que Atiende

Proporcione detalles de ingresos brutos (antes de las deducciones) para todos los miembros del hogar empleados:

Fuente de Ingreso	Paciente	Esposo	Otro	Fechas de Pago Semanal/Quincenal/Mensual	Anual Total
Empleo/Salarios					
Trabajo por Cuenta Propia					
Seguro Social/Discapacidad					
Beneficios de Pensión/Veteranos					
Desempleo					
Manutención Alimenticia/del Menor					
Compensación al Trabajador					
Beneficios a Veteranos					
Otro					

Explique por qué solicita asistencia financiera (es decir, pérdida de trabajo, fallecimiento de un familiar, divorcio, facturas medicas extraordinarias). Esto debe adjuntarse a la solicitud de caridad.

Declaro que la información proporcionada es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Yo, como pagador y firmante de esta forma; certificar al número de seguro social proporcionado para ser mi número de seguro social individual asignado legalmente.

Firma del Paciente/Principal

Número de Seguro Social

Fecha

Firma del Paciente/Principal

Número de Seguro Social

Fecha

Nota: Se deberá presentar una solicitud por separado para los saldos que se incurrieron o se incurrirán como resultado de recibir servicios en la Comunidad de Mercy del Sur Oeste de Missouri: **Hospital de Joplin, Hospital de Carthage, Hospital de Columbus, Clínicas Comunitarias del Sur Oeste de Missouri.** Esta aplicación se puede encontrar visitando mercy.net/JoplinFA o llamando al Servicio al Cliente al 855.420.7900.