



## Programa de Asistencia Financiera Mercy

Fecha:

Nombre del Principal de la Cuenta:

Domicilio:

Ciudad y Estado:

Número de Cuenta (s):

Mercy se esfuerza en proveer ayuda a los pacientes y familias quienes verdaderamente no pueden cumplir sus obligaciones financieras con nosotros por los servicios proveídos. Ofrecemos exámenes de Medicaid, un programa de Ayuda Financiera y descuentos para personas sin seguro médico quienes no son elegibles para el Programa de Ayuda Financiera. Préstamo sin intereses y arreglos de pago a largo plazo también están disponibles.

Si no tiene seguro y necesita ayuda, le pedimos que llame a nuestro servicio de detección de Medicaid al 1-844-764-6850 para ver si puede ser elegible para Medicaid. Si es elegible, nosotros le ayudaremos a solicitar. Se requiere que los pacientes sin seguro médico llamen antes de entregar esta solicitud.

Si usted tiene seguro o si ha investigado acerca de seguros médicos, por favor regrese todos los artículos que se requieren en la lista para que podamos revisar su cuenta para posiblemente calificarlo para nuestro Programa de Ayuda Financiera. **Favor de enviar los siguientes artículos a 1730 E Portland St. Springfield, MO 65804:**

- **Solicitud** de Asistencia Financiera (siguiente a este documento)
- COPIA Completa del año más reciente de **Declaración de Impuestos Completa más Reciente**. O la forma 4506-T (si usted no declara impuestos) llame al 1-800-908-9946 para preguntas acerca de esta forma.
- COPIAS de **60 días de talones de cheques** de cada miembro del hogar quien este empleado y de los que incluye en su declaración de impuestos
  - **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.
- Si su ingreso total ha cambiado significativamente desde su última declaración de impuestos, favor de proveer documentación escrita de los cambios.

Favor de permitir diez (10) días hábiles para que podamos revisar la información entregada.

Se le notificará por carta acerca del descuento de asistencia financiera que le podamos proveer. Si tiene ambos balances, hospital y clínica, se le enviarán dos cartas por separado debido a que ambos descuentos pudieran ser distintos. Para mantener sus cuentas en buen estado con el Hospital Mercy Y Clínicas Mercy, por favor continúe haciendo pagos mensuales mientras procesamos su solicitud. Si tiene preguntas, favor de llamarnos al 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 Principal de la Cuenta	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	Otro	Fechas de Pago Semanal/Quincenal/Mensual	Annual Total
Trabajo por Cuenta Propia					
Propiedad de Inversión					
Seguro Social/Discapacidad					
Pensión					
Desempleo					

Manutención Alimenticia/del Menor					
Compensación al Trabajador					
Beneficios a Veteranos					
Otro					

Por favor explique la razón por la que está pidiendo asistencia financiera y provea documentación, si es posible (e.g. pérdida de trabajo, fallecimiento en la familia, divorcio, altas cuentas medicas). Debe adjuntar el documento a esta solicitud de caridad.

Favor de firmar y fechar, la solicitud debe ser firmada y fechada por todas las partes aplicables para poder completar el proceso.

**Yo represento que la información proveída es precisa y verdadera de acuerdo a mi conocimiento. Yo, como el pagador y quien firmó esta forma; certifico que el número de seguro social proveído me fue asignado legalmente, número de seguro social individual.**

**Firma del Paciente/Principal**

**Número de Seguro Social**

**Fecha**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Yo represento que la información proveída es precisa y verdadera de acuerdo a mi conocimiento. Yo, como el pagador y quien firmó esta forma; certifico que el número de seguro social proveído me fue asignado legalmente, número de seguro social individual.**

**Firma del Paciente/Principal**

**Número de Seguro Social**

**Fecha**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_