



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
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. Comprobante de elegibilidad con Agencias Estatales (SSI, SSD, VA, Compensación al Trabajador, etc.)
7. Copia de tarjeta(s) de seguro y/o solicitud de Medicaid o carta de rechazo
8. Otro: _____

**Favor de enviar por correo a: Mercy Customer Assistance
1730 E Portland St
Springfield, MO 65804**

En caso de faltar algún punto, se le regresara la solicitud. Si no provee documentación que respalde dentro de 7 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 Hospital Mercy y Clínica Mercy, 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			
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	
Propiedad de Inversion				Semanal/Quincenal/Mensual	
Seguro Social/Discapacidad				Semanal/Quincenal/Mensual	
Pensión				Semanal/Quincenal/Mensual	
Desempleo				Semanal/Quincenal/Mensual	
Manutención Alimenticia/del Menor				Semanal/Quincenal/Mensual	
Compensación al Trabajador				Semanal/Quincenal/Mensual	
Beneficios a Veteranos				Semanal/Quincenal/Mensual	
Otros				Semanal/Quincenal/Mensual	



Favor de explicar porque está pidiendo asistencia financiera. Si su ingreso/estilo de vida ha cambiado, por favor explique y entregue documentación (ejemplo, perdida de trabajo, muerte en la familia, divorcio, altas cuentas médicas, u otros gastos.)

Favor de firmar y fechar la solicitud debe ser firmada y fechada por todos participantes para poder completar el proceso.

Yo, como el pagador y quien firmó esta forma; certifico que la información entregada es verdadera y exacta según a mi conocimiento.

Firma del Paciente/Principal

Número de Seguro Social*

Fecha

Yo, como el pagador y quien firmó esta forma; certifico que la información entregada es verdadera y exacta según a mi conocimiento.

Firma del Paciente/Principal

Número de Seguro Social*

Fecha