



## Solicitud de Ayuda Financiera de Mercy

Fecha:

Nombre del Principal de la Cuenta:

Dirección:

Ciudad y Estado:

Account Number (s):

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. Favor de enviar los siguientes documentos para que podamos evaluar su situación financiera y determinar si califica para descuento financiero:

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

Si falta algún documento se le regresara la solicitud. Si no se proveen los documentos requeridos en 7 días, Mercy procederá con el proceso normal de colección.

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

Por favor permítanos (10) días hábiles para revisar su información. Se le notificará por carta del descuento que le podamos proveer. Si tiene ambos balances, hospital y clínica, se le enviaran dos cartas debido a que las cantidades de descuento pueden ser distintas. Para mantener buen crédito con el hospital Mercy y Clínicas Mercy, continúe haciendo sus pagos mensuales a las cuentas pendientes. Si tiene preguntas o preocupaciones, favor de comunicarse al 855-420-7900.



## Solicitud de Ayda Financiera de Mercy

Información del Principal de la Cuenta			
Apellido	Nombre	Segundo nombre	Estado Civil
			Soltero(a), casado(a), divorciado(a) o viudo(a)
Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal	Número de Teléfono	
Empleador	Ocupación	Tiempo en el Empleo	

Esposo(a)/Co-solicitante			
Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Estado Civil
			Soltero(a), casado(a), divorciado(a) o viudo(a)
Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal	Número de Teléfono	
Empleador	Ocupación	Tiempo en el empleo	

Por favor haga lista de todos los miembros que habitan en la casa, <i>incluyéndose</i> usted y complete la información				
Nombre Completo	Número de Seguro Social	Date of Birth	Relación	Escuela a la 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.**

<b>Fuente de Ingreso</b>	<b>Paciente</b>	<b>Esposo(a)</b>	<b>Otro</b>	<b>Fechas de Pago</b>	<b>Annual Total</b>
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 explique porque está pidiendo asistencia financiera y entregue documentación, si es posible (ejemplo, pérdida 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 represento que la información en esta solicitud es verdadera y exacta de acuerdo a mi conocimiento. Yo, como el pagador y quien firmó esta forma; certifico que este es el número individual de seguro social que me fue legalmente asignado.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Principal

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Esposo/Co-solicitante

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Fecha