



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 así poder determinar su elegibilidad se requiere la siguiente la información y debe completarse en su totalidad:

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.

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

1. Rellene 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 e inventarios. 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 314-612-4002.
 3. Adjunte copias de los dos últimos (2) **Talones de Cheque*** de **todos los miembros** de su casa.
 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 Cuenta del Paciente
Dirección	Número de Teléfono(casa)
Ciudad, Estado, Código Postal	Número de Teléfono(celular)
Nombre del Esposo(a)	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 Empleador	Nombre del Empleador
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 B - Quincenal M - Mensual 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**. 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 esta 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 para 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 los pacientes serán responsables 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 medico a cada visita
- Los copagos en la farmacia oscilan desde \$ 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 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 lo revisare 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 rectrices, 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 medicas, por favor preséntelos en el **departamento de facturación** y serán revisados.

Yo, hago constar que toda la información proporcionada es verdadera bajo mi absoluto conocimiento. 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 del Paciente o Parte Responsable

Número de la Seguro Social o Número ITIN

Fecha