

Nombre del Apicante _____

Fecha de Nacimiento _____

Fecha de Aplicación _____

Fecha en que la oficina la recibi _____

Programa de Asistencia Financiera

Mercy Medical Center

701 10th Street SE

Cedar Rapids, IA 52403

Línea Directa 319-369-4505

Línea de Fax 319-369-4677

www.mercycare.org

En reconocimiento de la Misión de Mercy para proveer cuidado de calidad de la salud para todas las personas que, en necesidad, independientemente de su situación financiera, Mercy ha desarrollado esta aplicación financiera en un esfuerzo por ayudar a quienes necesitan ayuda de manera justa y no discriminatoria.

Instrucciones:

1. Una aplicación financiera debe completarse para asistencia.
 2. Una solicitud completada debe devolverse dentro de los 30 días de la fecha de emisión. Para ser
 3. elegibles para asistencia, cada aplicante deberá primero cumplir con los requisitos mínimos de ingresos brutos como está establecida en el Registro Federal de Estados Unidos bajo el título guía de ingresos de pobreza.
 4. Mercy verificara los ingresos y demás información financiera por medio de declaraciones financieras, declaraciones de impuestos, documentos y verificaciones de teléfono. Si el aplicante se niega a proveer la información necesaria eso resultara en la negación de la asistencia financiera.
 5. Mercy presentará una respuesta al solicitante dentro de 10 días hábiles de haber recibido una solicitud.
- 6. No se otorgará ayuda en cualquiera de las siguientes circunstancias:**
- a. información fraudulenta en el momento del registro o en una solicitud de asistencia.
 - b. estadías en el hospital o porciones de estadías que no cumplan con la pauta de la necesidad médica de hospitalización.

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS SON NECESARIOS PARA INGRESO Y BIENES:

Si usted no puede proveer estos artículos, por favor explique porque o debemos negarnos a su solicitud.

Copias Vigentes:

1. Copia de _____ impuestos y W2.
 2. Copia del talón de cheque más reciente y que aparezca lo ha ganado por este año.
 3. Carta de beneficios de la oficina del seguro social.
 4. Si trabaja por su cuenta: un balance general o reporte de ingresos.
 5. Una copia de la oficina de Work Force de Iowa mostrando todos los beneficios de desempleo recibidos durante los últimos cuatro (4) trimestres - Sólo si no está trabajando en este momento.
 6. Una copia del estado de cuenta mas reciente de la cuenta de cheques y cuentas de ahorro.
-

HOSPITAL

Yo he leído y entiendo las condiciones establecidas arriba para recibir asistencia financiera. Yo también entiendo que toda la información en esta aplicación será verificada por el personal de Mercy, y que esto servirá como una autorización para verificación de ingresos y como una liberación para investigar mi historial de crédito. Yo juro que todas las declaraciones en esta solicitud son verdaderas y correctas y si cualquier información presentada es falsa, será causa de denegación de esta aplicación. Esta determinación es aplicable a todos y más allá de los saldos de pagos por su cuenta en el Mercy Medical Center así también como futuros saldos de Mercy Medical Center por un año desde la fecha de determinación.

CLINICA

Consentimiento del Paciente

Estoy llenando esta solicitud por dificultades financieras para las fechas de _____ a _____ de servicios en la cantidad de \$ _____. Yo entiendo que esta determinación NO aplicara para futuros servicios proveídos por Merycare Community Physicians después de esta fecha. Yo entiendo que yo soy financieramente responsable por cualquier saldo nuevo incurrido con Merycare Community Physicians.

Firma del Aplicante _____ Fecha _____

Reporte de Las Financieras del Paciente

Nombre del Aplicante _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Número del Teléfono (_____) _____

Ciudadano/a de EEUU () Sí () No

¿Ud. ha estado un residente de Iowa por más de 30 días? () Sí () No

Por favor, señale la respuesta apropiada:

() Dueño de su casa () Dueño de una casa móvil () Alquilando () Apartamento () Vive con parientes () Otro

Si otro, por favor explique _____

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? _____ Años _____ Meses

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento del Paciente _____

Número de Adultos en la Familia _____ Número de Niños bajo de la Edad de 19 Años _____

Por favor liste su esposo/a, niños menores de edad y sus fechas de nacimiento si aplica

Historia de Empleo

Nombre del Empleado	Nombre del Empleador	Fechas de Empleo	Ingreso Bruto de los Últimos 12 Meses
Aplicante:			
Esposo/a o Persona Significante			

Propiedades

Capital de la Residencia _____

Si no puede proveer alguno de los documentos requeridos, por favor explique porque: _____

Para asistencia adicional, por favor contacte:

Mercy Medical Center
701 10th Street SE
Cedar Rapids, IA 52403
319-369-4505
www.mercycare.org