



Fecha:

Para:

Número de Cuenta:

Re: Asistencia Financiera

Adjunto usted encontrara una aplicación para asistencia financiera de SCRMC. Por favor, complete toda la información solicitada y envíenosla a nosotros por correo en un plazo de 15 días. Por favor, asegúrese de incluir toda la documentación solicitada. Cualquier solicitud enviada sin toda la documentación requerida será negada. Es responsabilidad del paciente o de la familia proporcionar a el hospital con toda la información necesaria así que la elegibilidad se pueda determinar.

En el estado de Mississippi, una persona menor de 21 años, excluido un menor independiente quien está casado y/o sea autosuficiente, se considera menor de edad y requiere la firma de sus padres/guardián(es) en la aplicación de información financiera.

Aplicaciones financieras están abiertas a personas que incurren facturas hospitalarias que no pueden pagar fácilmente, sin considerar la raza, color, credo, nación de origen, sexo, edad, desventajas, o preferencia religiosa. Las solicitudes de servicios de emergencia y servicios médicos necesarios pueden ser enviados hasta 240 días después de la primera declaración posterior de alta. El solicitante debe estar dispuesto a solicitar una o toda asistencia recomendada de recursos recomendados por el hospital y aceptar la asistencia de estos recursos.

Para proporcionar una política de asistencia financiera constante, la pauta de ingresos a continuación será observada junto con otra información de valor obtenida en la solicitud.

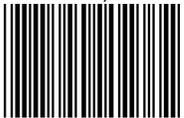
**Pautas Federales de Ingresos por Pobreza
Número de Miembros del Hogar: Ingreso Bruto Anual**

1	2	3	4	5	6	7	8
\$ 12,140.00	\$ 16,460.00	\$ 20,780.00	\$ 25,100.00	\$ 29,420.00	\$ 33,740.00	\$ 38,060.00	\$ 42,380.00

* Para familias/miembros del hogar con más de 8 personas, agregue \$4,180(anual) por cada persona adicional.

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

SOUTH CENTRAL REGIONAL MEDICAL CENTER
PO BOX 607, LAUREL MISSISSIPPI 39441



MISC

PATIENT LABEL HERE

Lista de Verificación de Documentación de Respaldo

Todos los Recursos de Ingreso:

- Talones de cheques de los últimos 3 meses –o- Declaraciones de desempleo
- Declaración de impuestos de los últimos dos años
- Carta de discapacidad (más reciente)
- Ingreso de seguro social
- Retiro/pensión
- Manutención de los hijos
- Cualquier otra forma de ingreso listada
- Carta de Apoyo (En debido caso de que no haiga ingreso, tendrás que enviar una carta firmada por quien te esté apoyando económicamente- mire la página 7)

Gastos

- Factura de Electricidad Actual (tiene que mostrar dirección actual)
- Propiedades Propias (todas las propiedades)
- Impuestos de Propiedad

Diverso

- Carta de Rechazo de Medicaid o Presunta Evaluación de Elegibilidad (tendrás que para Medicaid y enviar una copia de tu cara de rechazo declarando que no eres elegible para Medicaid antes de que se procese su solicitud de caridad)
- Últimos 3 meses de estado de cuenta bancaria de todas las cuentas
- Si alguien estaba legalmente asignado para actuar como tu representate autorizado, presente prueba junto con esta solicitud (mire la página 6)

**** Si toda la información requerida no es recibida y no hay explicación dada, tu solicitud puede ser rechazada****

Nombre del Solicitante (Primer, Segundo, Apellido)	Ubicación	Numero FIN de SCRMC:

Instrucciones: Completar la solicitud y adjuntar copias de:

- Declaración de Impuestos (Últimos 2 años) • Talones de Cheque o Declaración de Desempleo (últimos 3 meses)
- Estado de Cuenta Bancaria* (Últimos 3 meses de todas las cuentas)

¿Has aplicado y/o aplicarías para asistencia médica estatal o federal? ¿Tienes elegibilidad verificada del plan de intercambio de atención medica?

Sí No Razón: _____

¿Tienes una demanda judicial, asentamiento, lesión personal, o reclamación de responsabilidad pendiente?

Sí No Razón _____

¿Tienes disponibilidad de seguro por medio de tu empleador o el empleador de tu esposa(o)?

Si No Razón _____

¿Previamente has aplicado para asistencia financiera en algún otro establecimiento de SCRMC?

Sí No No estoy seguro

¿Cuándo? _____ ¿Donde? _____

Paciente/Partido Responsable

Nombre (Primer, Segundo, Apellido)		Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (Mes, Día, Años)	
Dirección		Cuidad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono	Tamaño del Hogar (Paciente, Esposo(a), Dependientes)		Estado Civil	
Estado de Empleo			Nombre del Empleador	
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Empleador Propio <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante				
Duración de Empleo	Fecha de Desempleo/Duración (Mes, Día, Año)	¿Esta reclamado en otra declaración de impuestos?		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso que sí, provee las declaraciones de impuestos de aquellos que han sido reclamado)		

Esposo(a)/Pareja

Nombre(Primero, Segundo, Apellido)		Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (Mes, Día, Año)	
Estado de Empleo			Nombre del Empleador	
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Empleador Propio <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante				
Duración de Empleo	Fecha de Desempleo/Duración (Mes, Día, Año)	¿Esta reclamado en otra declaración de impuestos?		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso que sí, provee las declaraciones de impuestos de aquellos que han sido reclamado)		

Nombre del Solicitante (Primero, Segundo, Apellido)	Ubicación:	Numero FIN de SCRMC:

Dependientes del Hogar (Si necesita más espacio, favor de proveer una página separada.)

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Relación
			YO

Información del Seguro Medico

Personas Cubiertas/Aval	Tipo de Cobertura	Nombre del Seguro	Numero de Póliza

Cuenta de Banco/ Referencia de Crédito

Nombre del Banco	Tipo de Cuenta	Numero Telefónico del Banco	Balance
	Chequera		
	Ahorros		
	Otras Inversiones/Seguros		
	Chequera		
	Ahorros		
	Otras Inversiones/Seguros		

Nombre del Solicitante (Primero, Segundo, Apellido)	Ubicación:	Numero FIN de SCRMC:

Propiedad

Tipo	Detalle	Valor Estimado	Balance Debido
Residencia Secundaria/Casa de Vacaciones		\$	\$
Terreno	# de Acres:	\$	\$
Alquiler		\$	\$
Negocio/Equipo de Granja		\$	\$
Otro/Vehículo Recreacional		\$	\$

Ingreso de Empleo/ Asistencia/ Otro Ingreso

Empleador y Que Tipo De Trabajo	Tarifa de Pago	Bruto Pagado	¿Cada Cuanto (Por Semana, Quincena, etc.)?	Fuente (Yo, Esposo(a) u otro(a))
				Yo
TOTALES:	\$	\$		
Otras Fuentes	Monto del Solicitante		Monto de Esposo(a)	Monto de Hijo(a)
Seguro Social	\$	\$	\$	\$
SSI (Discapacidad)	\$	\$	\$	\$
VA / Pensiones de Veteranos	\$	\$	\$	\$
Retiro	\$	\$	\$	\$
Alquileres	\$	\$	\$	\$
Manutención de Los Hijos	\$	\$	\$	\$
Otro (Por favor liste el ingreso detallado):	\$	\$	\$	\$
TOTALES:	\$	\$	\$	\$

****FAVOR DE PROVEER DOCUMENTACION DE LA FUENTE DE INGRESO ****

CERTIFICACION

Certifico que toda la información listada arriba es verdadera y correcta según entiendo. Yo le doy permiso a South Central Regional Medical Center y todos sus afiliados y representantes o agentes investigar la información contenida aquí en, y obtener informes de crédito. Yo entiendo que cualquier declaración incompleta, mal informada, o falsa me descalificará de recibir asistencia financiera.

Firma del Paciente y/o Aval: _____ Fecha: _____



REPRESENTANTE AUTORIZADO (Opcional)

Usted puede nombrar a una persona en que confié para que actúe como su representante autorizado, dándole a ellos permiso para ver su aplicación y actúen por usted en el material relacionada a esta aplicación, incluyendo proporcionar información necesaria para completar esta aplicación. Usted debe completar y firmar esta porción de la aplicación para nombrar a alguien que lo represente a usted. Si alguien está legalmente designado para usted, presente una prueba con esta aplicación.

Nombre del Paciente <i>(Primero, Segundo, Apellido)</i>		Numero FIN de SCRMC:	Fecha de Nacimiento del Paciente <i>(Mes, Día, Año)</i>	
Nombre del Representante <i>(Primero, Segundo, Apellido)</i>		Relación Con el Paciente	Fecha de Nacimiento <i>(Mes, Día, Año)</i>	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	
Numero de Teléfono		Numero de Teléfono Alternativo		

Al firmar, usted le permite a la persona enlistado arriba firmar su aplicación, obtener información sobre esta aplicación y actuar por usted en todos los asuntos futuros relacionados con esta aplicación.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____



SOUTH CENTRAL
REGIONAL MEDICAL CENTER

Carta de Apoyo

Información del Paciente

Nombre del Paciente <i>(Primero, Segundo, Apellido)</i>	Numero FIN de SCRMC:	Fecha de Nacimiento <i>(Mes, Día, Año):</i>

El resto de la información de esta solicitud tiene que ser completada por la persona que está pagando los gastos de vida y/o proporcionando asistencia de vida al paciente

Nombre del Partidario <i>(Primero, Segundo, Apellido)</i>	Relación Con El Paciente		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Numero de Teléfono	Numero de Teléfono Alternativo		

Yo, _____, brindo refugio y asistencia financiera
(Nombre de la persona asistiendo al paciente)

a _____. Yo eh brindado asistencia
(Nombre del paciente)

De _____ a _____.
(Fecha de Inicio) (Fecha Final)

(Firma de la persona brindando refugio y asistencia)

(Fecha)