



SOUTH CENTRAL
REGIONAL MEDICAL CENTER

Fecha:

Para:

de Cuenta:

Re: Asistencia Financiera

Adjunto encontrará una solicitud de asistencia financiera para South Central Regional Medical Center. Por favor, complete toda la información solicitada y envíenosla por correo dentro de 15 días. Por favor este seguro de incluir toda la información requerida. Cualquier aplicación presentada sin la documentación completa será negada. Es la responsabilidad del paciente o de la familia de proveer al hospital con cualquier información necesaria para que la elegibilidad sea determinada.

En el Estado de Misisipi, una persona menor de 21 años de edad, excluyendo un menor emancipado que estén casados o que sean auto sostenibles, es considerado un menor y requiere de un padre/ o guardián(es) legal su información/ firma financiera en la aplicación.

Aplicaciones financieras están abiertas para individuos con preguntas sobre facturas del hospital que no puedan pagar de antemano, sin importar la raza, color de piel, creencias, lugar de origen, sexo, edad, desventaja física, o preferencias religiosas. Aplicaciones para emergencias y servicios médicos necesarios pueden ser enviadas hasta 240 días después de la primera declaración del alta médica. El solicitante tiene que estar dispuesto a aplicar por cualquier o todas las asistencias de recursos recomendados por el hospital y aceptar asistencia de estos recursos.

A fin de proveer una constante póliza de asistencia financiera, la guía que esta abajo tiene que ser observada junto con otras informaciones valiosas obtenidas en la aplicación.

2019 Pautas Federales de Ingreso de Pobreza
Número de habitantes en la casa: Ingresos Brutos Anuales

1	2	3	4	5	6	7	8
\$12,490	\$16,910.00	\$21,330.00	\$25,750.00	\$30,170.00	\$34,590.00	\$39,010.00	\$43,430.00

* Para familias/ hogares con más de 8 personas, añade \$4,420 (anual) por cada persona.

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

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



MISC

PATIENT LABEL HERE

Chequeo del Documento de Apoyo

Todas las fuentes de ingreso:

- Recibos de pago de los últimos 3 meses - o – declaraciones de empleo
- Declaración de impuesto de los últimos dos años
- Carta de discapacidad (más reciente)
- Ingreso del Seguro Social
- Jubilación o Pensión
- Manutención de los Hijos
- Cualquier otra forma de ingresos enumerada
- Carta de Apoyo (si no tiene ingresos, debe enviar una carta firmada por quien lo respalde financieramente; consulte la página 7)

Gastos

- Factura de electricidad actual y otras utilidades (debe mostrar la dirección actual)
- Factura telefónica actual
- Posesión de Propiedad (todas las propiedades)
- Impuestos de Propiedad
- Préstamo Hipotecario o Declaración Jurada Notarial del arrendador (página 8)

Diversas

- Carta negada de Medicaid o evaluación de elegibilidad presunta (debe solicitar Medicaid y enviar una copia de su carta negada indicando que no es elegible para Medicaid antes de que se procese su solicitud de caridad)
- Estados bancarios de los últimos 3 meses de todas las cuentas
- Si alguien fue designado legalmente para actuar como su representante autorizado, envíe la prueba con esta aplicación (vea la página 6)
- Si está separado(a) de su esposo/a, presente la documentación legal (debe estar archivada en la corte)

***** Si toda la información requerida no es recibida y no hay ninguna explicación, su aplicación puede ser negada *****

Nombre del Apicante (Primero, Segundo, Apellido)	Ubicación	SCRMC FIN #:

Instrucciones: Rellene la aplicación completa con una pluma de color azul o negro. No deje las preguntas vacías. Si las preguntas no son aplicables, escriba "NA".

Usted ha aplicado/ aplicara para asistencia médica federal o estatal o ha verificado la elegibilidad del plan de intercambio de atención medica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Ninguna razón _____
¿Usted tiene una demanda judicial, liquidación, una lesión personal, o un reclamo de responsabilidad pendiente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Ninguna razón _____
Usted tiene a disposición seguro médico por su empleador o el empleador de su esposo/a? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Ninguna razón _____
¿Usted ha aplicado para asistencia financiera en otras instalaciones de SCRMC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a ¿Cuando? _____ Donde? _____

Paciente/ Personas Responsable

Nombre (Primero, Segundo, Apellido)		Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (Mes/ Día/ Año)
Dirección		Ciudad	Estado
Número de Teléfono		Personas en el hogar (Paciente, esposo/a, dependientes)	Código Postal
Estado Civil		<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a * Si está separado/a, presente documentación legal	
Estatus de Empleo		Nombre del Empleador	
<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante			
Duración de Empleo	Fecha de desempleo/duración (Mes, Día, Año)	¿Estás reclamado en otra declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si marco "Si", provee las declaraciones de impuestos de los que reclamaste)	

Esposo/a

Nombre (Primer, Segundo, Apellido)		Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (Mes, Día, Año)
Estatus de Empleo		Nombre de Empleador	
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante			
Duración de Empleo	Fecha de desempleo/duración (Mes, Día, Año)	¿Estas reclamado en otra declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si marco "Si", provee las declaraciones de impuestos de los que reclamaste)	

Nombre del Aplicante (Primero, Segundo, Apellido)	Ubicación	SCRCM FIN #:

Dependientes del Hogar (Si requiere más espacio, por favor provee una página separada.)

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Relación
			YO MISMO
			PAREJA

INFORMACION DE SEGURO DE SALUD

Persona Cubierta / Garante	Clase de Cobertura	Nombre de Seguro	Numero de Póliza

Cuenta Bancaria/ Referencia de Crédito

Nombre del Banco	Clase de Cuenta	Número de Teléfono Bancario	Balance
	Cheques		
	Ahorros		
	Otras Inversiones/Seguridades		

Gastos

Clase	Pagos	Clase	Pagos
Residencia	\$	Seguro Médico Premium	\$
Facturas del Agua	\$	Manutención de los Hijos	\$
Cable/Televisión	\$	Gas/Propano	\$
Facturas de la Electricidad	\$	Facturas Medicas	\$
Tarjetas de Crédito	\$	Nota del Carro	\$
Otras (por favor sea específico abajo)	\$		

* Por cada gasto proveído arriba, por favor de proveer una copia de la factura *

Nombre del Aplicante (Primero, Segundo, Apellido)	Ubicación	SCRCM FIN #:

Propiedades

Clase	Detalle	Valor Estimado	Balance No Pagado
Residencia Principal		\$	\$
Vehículo		\$	\$
Terreno	# of Acres:	\$	\$
Propiedades Alquiladas/ Residencia Secundaria		\$	\$
Negocio/ Equipamiento de Granja		\$	\$
Otras/ Vehículo de Recreación		\$	\$

Ingreso Laboral / Asistencia / Otros Ingresos

Empleador & Clase de Trabajo	Tarifa de Pago	Bruto Pagado	Cada Cuanto (semanal, cada dos semanas, etc.)?	Fuente (Tu Mismo, Pareja u otro)
				Yo Mismo
				Pareja
TOTALES:	\$	\$		
Otra Fuente	Cantidad del Aplicante		Cantidad de la Pareja	Cantidad de los Hijos
Seguro Social	\$	\$	\$	\$
SSI	\$	\$	\$	\$
VA / Pensiones	\$	\$	\$	\$
Jubilación	\$	\$	\$	\$
Alquileres/Propiedades	\$	\$	\$	\$
Manutención de los Hijos	\$	\$	\$	\$
Otro (Favor de Proveer Ingresos):	\$	\$	\$	\$
TOTAL:	\$	\$	\$	\$

** Favor de Proveer Documentación de los Ingresos de Arriba**

CERTIFICACION

Yo aseguro que toda la información escrita arriba es verdadero y correcto según mi entendido. Yo por este medio doy permiso a South Central Regional Medical Center y a todas sus afiliadas y representantes o agentes para investigar la información contenida aquí en, y para obtener reportes de crédito. Yo entiendo que cualquier incompleta, mal informada o declaraciones falsas me van a descalificar para recibir asistencia financiera.

Firma del Paciente/Garante: _____ Fecha: _____

Representantes del Paciente: _____ Fecha: _____



Representante Autorizado

Puede nombrar a una persona de su confianza para que actúe como su representante autorizado, dándole permiso para ver su solicitud y actuar en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud, incluyendo información necesaria para completarla. Debe completar y firmar esta parte de la solicitud para nombrar a alguien que actúe por usted. Si alguien está legalmente designado para actuar por usted, presente la prueba con la solicitud.

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

Al firmar, permite que la persona mencionada anteriormente firme su solicitud, obtenga información oficial sobre esta aplicación y actúe en su nombre en todos los asuntos futuros relacionados con esta solicitud.

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>	Paciente SCRMC FIN #:	Paciente Fecha de Nacimiento <i>(Mes, Día, Año)</i>

El resto de la información de esta forma debe ser completada por la persona pagando los gastos de manutención o proveyendo asistencia para vivir para el paciente.

Nombre del Partidario <i>(Primero, Segundo, Apellido)</i>	Relación al Paciente	Fecha de Nacimiento <i>(Mes, Día, Año)</i>	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
# de Teléfono	Teléfono Alternativo		

Yo, _____, proveo hogar y apoyo financiero a
_____ con la cantidad de _____
(Nombre del Paciente)

cada mes. Yo he proveído asistencia desde _____ hasta _____.
(fecha inicial) (fecha terminal)

(Firma de la persona dando hogar y asistencia)

(fecha)



SOUTH CENTRAL
REGIONAL MEDICAL CENTER

Declaración Jurada del Dueño de la Residencia

Información del Paciente

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

El resto de esta información en esta forma tiene que ser completada por propietario del hogar del paciente.

Nombre del Propietario <i>(Primero, Segundo, Apellido)</i>	Fecha	Fecha de Nacimiento <i>(Mes, Día, Año)</i>	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
# de Teléfono	Teléfono Alternativo		

Yo, _____, el propietario de, _____, formalmente
(Nombre del Propietario) (Nombre del Paciente)

reconozco que él/ella reside en la dirección de la calle _____,

Ciudad de _____, Estado de _____ desde _____,
20____.

como mi teniente. Además, yo juro y afirmo bajo pena de falso testimonio que el dato expuesto en esta declaración son verdadero y correcto.

(Firma del Propietario)

(fecha)

THE STATE OF MISSISSIPPI

COUNTY OF _____

Personally appeared before me, the undersigned authority in and for the said county and state, on this _____ day of _____ in the year 20____, within my jurisdiction, the within named _____, who acknowledged that he/she executed the above and foregoing instrument.

Notary Public Signature
Print _____

(SEAL)