

**SOLICITUD PARA AYUDA FINANCIERA**

Nombre legal del paciente:		Fecha de nacimiento:	
Domicilio (no apartados postales):	Ciudad:	Condado:	Código postal:
Número de seguro social:		Teléfono:	
Nombre de la persona responsable:		Relación o parentesco con el paciente:	
¿Presenta usted declaraciones de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene una cuenta de ahorros de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene una cuenta de cheques personal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene una cuenta de ahorros personal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene una cuenta de cheques empresarial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene una cuenta de ahorros empresarial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Era residente de Michigan cuando recibió servicios de hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Enumere todas las personas que viven en su hogar:			
NOMBRE	EDAD	RELACIÓN	

CUESTIONARIO SOBRE SEGUROS	SÍ	NO
¿Perdió la cobertura de seguro dentro de los últimos 90 días?		
¿Están sus servicios relacionados con un accidente vehicular?		
En caso afirmativo, proporcione una copia del número de reclamo de seguro de auto.		
¿Están sus servicios relacionados con un accidente de trabajo?		
En caso afirmativo, proporcione una copia de la información de su compensación de trabajadores.		
¿Es usted un veterano?		

CUESTIONARIO DE MEDICAID	SÍ	NO
¿Ha solicitado Medicaid?		
¿Es menor de 21 años de edad?		
¿Está embarazada?		
¿Es mayor de 65 años de edad?		
¿Tiene personas dependientes menores de 18 años de edad que vivan en su casa?		
¿Recibe o ha solicitado pagos por discapacidad del Seguro Social?		
¿Es legalmente ciego o está bajo tratamiento con diálisis?		
¿Ha estado o es posible que en un futuro pudiera estar discapacitado e incapacitado para trabajar por 12 meses o más tiempo?		
¿El paciente tiene entre 19 y 64 años con ingresos familiares iguales o menores que los siguientes niveles de ingresos familiares?		
Tamaño de Familia	Ingresos Anuales	
Una persona	\$17,236.20	
Dos personas	\$23,335.80	
Tres personas	\$29,435.40	
Cuatro personas	\$35,535.00	
Cinco personas	\$41,634.60	
6 personas	\$47,734.20	
7 personas	\$53,833.80	
8 personas	\$59,933.40	

**Favor de enviar TODA la información:**

- ❖ Copia de la declaración de impuesto federal sobre la renta del último año con todos los formularios y anexos Copia de los formularios más recientes de los Impuestos Federales **{esto debe reemplazar el formulario de arriba}**
- ❖ Copia de la Carta de determinación de Medicaid (if applicable)
- ❖ Copia de los estados de cuenta bancarios más recientes de ahorros o cheques, correspondientes a los últimos tres meses. (personal o empresarial)
- ❖ Comprobante de ingresos: Copia de los recibos de nómina (de los tres meses anteriores)

Las cajas de abajo tiene ejemplos de ingresos. Se consideran como ingresos los ingresos totals antes de quitar los impuestos, y pueden incluir pero ne se limita a:

Salarios y propinas	Desempleo	Pensión conyugal	Beneficios de Veteranos
Seguro Social (antes de deducciones) o carta de asignación	Pagos de suma total	Ayuda del gobierno	Anualidades
Pensión o Jubilación	Récorde de empleo por cuenta propia	Trabajos ocasionales	Otros ingresos
proporcionar la información de la compensación del trabajador de su empleador.	Recibos de pagos en efectivo	401 K distribuciones	

<b>OTROS INGRESOS FAMILIARES (Describe)</b>	
1.	
2.	
3.	
4.	

**Declaración de ningún ingreso**

**\*\*Se DEBE llenar este formulario si declara no tener ningún ingreso\*\***

Favor de explicar brevemente como se apoya y la cantidad de apoyo mensual \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Facturas médicas: Favor de anotar otras cuentas médicas que tenga:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Favor de llamar al número de teléfono que aparece en cada factura e informar al proveedor médico que usted está haciendo una solicitud para el Programa de Ayuda Financiera de Munson Healthcare. Es posible que el proveedor médico coincida con la decisión de Ayuda Financiera de Munson Healthcare.**

**CERTIFICACION:** Al firmar este documento, afirmo que son verdaderas las respuestas en esta solicitud, si una futura investigación de la solicitud de un individuo para ayuda financiera hecho por el individuo fuera incorrecto o fraudulento, se puede reversar la decision de brindar ayuda financiera y se mandaràn facturas a la parte responsable. Entiendo que la información que presento está sujeto a verificación por el proveedor de hospital, incluyendo agencias que reportan crédito, y sujeto a investigación por agencias estatales y/ o federales y otros según se requiera. Yo autorizo que mi empleador divulgue mi prueba de ingresos al proveedor de hospital.

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE:** \_\_\_\_\_

**RELACIÓN O PARENTESCO CON EL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**ENVIAR POR CORREO LA SOLICITUD COMPLETADA Y DOCUMENTACION A:**

Munson Healthcare, 1105 Sixth St, Traverse City, MI 49684

Atención: Servicios Financieros para Pacientes

Para ayuda, lláme al 231-935-6632 or 800-437-3615