

**Mercy – Des Moines**  
**Solicitud Estandarizada para la Ayuda Financiera (Página 1 de 2)**

**Información del paciente**

Nº de Cuenta \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_  
 Nº de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Presento una declaración de impuestos el año pasado?  Sí  No

**Información del Paciente/Garante (Persona responsable por la cuenta)**

Nombre \_\_\_\_\_  
 Nº de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado/a  Soltero/a  Divorciado/a  Separado/a

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Condado de Residencia \_\_\_\_\_ Tiempo total de residencia \_\_\_\_\_

Nº de teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Dirección antigua (si tiene menos de 2 años viviendo en la dirección actual)

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Empleador**

Nº de teléfono del negocio \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_ Tiempo total de empleo \_\_\_\_\_

Sueldo \_\_\_\_\_ Le pagan por:  Hora

Semana  Bisemanal  Mes  Otra manera

Ingresos brutos mensuales (Antes de deducir impuestos) \_\_\_\_\_

**Otras Fuentes de Ingresos:** (Indique la fuente, cantidad mensual y adjunte la documentación acreditativa)  Cupones para alimentos \$ \_\_\_\_\_

Seguro Social \$ \_\_\_\_\_  Pensión \$ \_\_\_\_\_

Desempleo \$ \_\_\_\_\_  Manutención de hijos menores \$ \_\_\_\_\_

Pensión Alimenticia \$ \_\_\_\_\_  Otra \$ \_\_\_\_\_

**Información de Cónyuge (El/la Cónyuge DEBE firmar la solicitud)**

Nombre \_\_\_\_\_

Nº de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Empleador**

Nº de teléfono de negocio \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_ Tiempo total de empleo \_\_\_\_\_

Sueldo \_\_\_\_\_ Le pagan por:  Hora

Semana  Bisemanal  Mes  Otra manera

Ingresos brutos mensuales (Antes de deducir impuestos) \_\_\_\_\_

**Otras Fuentes de Ingresos:** (Indique la fuente, cantidad mensual y adjunte la documentación acreditativa)  Cupones para alimentos \$ \_\_\_\_\_

Seguro Social \$ \_\_\_\_\_  Pensión \$ \_\_\_\_\_

Desempleo \$ \_\_\_\_\_  Manutención de hijos menores \$ \_\_\_\_\_

Pensión Alimenticia \$ \_\_\_\_\_  Otra \$ \_\_\_\_\_

**Ingreso Mensual Bruto para la unidad familiar \$ \_\_\_\_\_**

**Ingreso Anual Bruto para la unidad familiar \$ \_\_\_\_\_**

**CERTIFICACIÓN:**

1. Yo, el/la suscrito, doy fe que la información presentada en este documento es verdadera y exacta a mi mejor y leal saber.
2. Solicitare todos y cualquier tipo de ayuda disponible para pagar esta cuenta.
3. Entiendo que la información entregada está sujeta a comprobación. Autorizo a Mercy – Des Moines verificar la información supradicha para ambos el/la garante/paciente y el/la cónyuge.

Firma _____	_____
(Paciente/Garante)	Fecha
Firma _____	_____
(Cónyuge)	Fecha

**Familiares que viven en el hogar:** (si falta lugar, adjunte otra hoja)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Ayuda**

¿Ha solicitado el Medicaid/Title XIX u otra ayuda estatal o del condado?

Sí  No

Fecha de la solicitud \_\_\_\_\_

Nombre y nº de teléfono de la trabajador/a \_\_\_\_\_

¿Ha entablado una declaración de bancarrota?  Sí  No

Si es que sí, en ¿qué fecha? \_\_\_\_\_

Capítulo 7  Capítulo 13 Fecha de rehabilitación \_\_\_\_\_

**Activos/Recursos**

¿Es dueño/a de casa?  Sí  No

Valor de la casa en el mercado \_\_\_\_\_

Saldo aproximado del préstamo \_\_\_\_\_

¿Cuántos años más corre el préstamo? \_\_\_\_\_

¿Tiene cuenta de cheques?  Sí  No

Nombre del Banco \_\_\_\_\_ Balance promedio \_\_\_\_\_

¿Tiene cuenta de ahorros?  Sí  No

Nombre del Banco \_\_\_\_\_

Balance promedio \_\_\_\_\_

Automóviles:

Marca	Modelo	Año	Pago mensual	Suma debida
_____	_____	_____	_____	_____

\_\_\_\_\_

Otros bienes (acciones, bonos, propiedades, negocios, barcos, motocicletas, etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Gastos Mensuales**

¿Cuánto paga de Renta/Hipoteca \$ \_\_\_\_\_

Gastos en utilidades (calefacción, aire acondicionado, agua, etc.) \$ \_\_\_\_\_

Comida \$ \_\_\_\_\_ Gasolina \$ \_\_\_\_\_

Seguro automóvil \$ \_\_\_\_\_ Seguro de vida \$ \_\_\_\_\_

Medicamentos \$ \_\_\_\_\_ Otro \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Abono Mensual: Pagado A: Saldo Actual:**

Préstamos Bancarios: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Tarjetas de crédito: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Préstamos educativos: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Otros Gastos: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Suma de todos los gastos mensuales \$ \_\_\_\_\_**

**Comprobante de Ingresos:** Toda la documentación requerida **debe** ser anexada a su solicitud para que pueda ser considerada. :

- Declaración de impuestos federales y estatales (Taxes) incluyendo **todos** los anexos requeridos y comprobantes de W2.
- Los dos talones de cheque más recientes (Garante y Cónyuge).
- Comprobantes de otros ingresos como pero no limitado a:

Seguro Social  Cupones para alimentos  Pensión  
 Pensión Alimenticia  Manutención de hijos menores  
 Desempleo  Otro

**\*\*\*No se considerará su solicitud sin los comprobantes ya mencionados. La solicitud se le devolvería con una carta detallando los comprobantes faltantes\*\*\***

**Importante:** El/la Garante y el/la Cónyuge (si hay) **deben** firmar al dorso de la solicitud para que sea considerada

**Véase al dorso**

**Mercy – Des Moines Solicitud Estandarizada para la Ayuda Financiera (Página 2 de 2)  
Anexo de Deudas Médicas (debidas a otros lugares que no sean Mercy Medical Center):**

Pagando A	Fecha del Servicio	Pago Mensual	Saldo Actual
		\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____

TOTAL DE CUENTAS MÉDICAS DEBIDAS A OTROS LUGARES APARTE DE MERCY MEDICAL CENTER:  
\$ \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN:**

- Yo, el/la suscrito, doy fe que la información presentada en este documento es verdadera y exacta a mi mejor y leal saber.
- Solicitaré todos y cualquier tipo de ayuda disponible para pagar esta cuenta.
- Entiendo que la información entregada está sujeta a comprobación. Autorizo a Mercy – Des Moines a verificar la información supradicha para ambos el/la garante/paciente y el/la cónyuge.

Firma (Garante/Paciente) _____	Fecha _____
Firma (Cónyuge) _____	Fecha _____

**COMPROBANTES ADICIONALES:**

Por favor tome en cuenta que al firmar la solicitud usted esta de acuerdo adjuntar los comprobantes que verifiquen sus ingresos (talones de cheque, declaraciones de impuestos, etc.). Además, puede adjuntar los estados de cuenta de banco, las copias de cheques o cartas del seguro social u otra documentación. Si no hay ingresos, verifique por favor cómo se están resolviendo las cuentas. Es importante explicar completamente una carencia de ingresos para poder tomar todas las consideraciones con su solicitud. Si el garante/ el paciente o el/la cónyuge trabajan independientemente, incluya por favor los estados de cuenta del banco por los pasados 2 o 3 meses. Toda la documentación requerida debe ser incorporada con la solicitud para que pueda ser considerada. Si la solicitud esta incompleta, será regresada. Mercy-Des Moines no se hará responsable por hacer llamadas de seguimiento en referencia a la solicitud incompleta.

**POR FAVOR INCLUYA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ANTES DE MANDAR LA SOLICITUD:**

- **La solicitud llenada por completo y firmada con fecha por el/la Garante y Cónyuge**
- **Comprobante de Ingresos:** a copy of the following documentation **must** accompany your application in order to be processed:
  - Declaración de impuestos federales y estatales (Taxes) incluyendo **todos** los anexos requeridos y comprobantes de **W2**.
  - Los dos talones de cheque más recientes (Garante y Cónyuge).
  - Comprobantes de otros ingresos como pero no limitado a
    - Seguro Social     Cupones para alimentos     Pensión     Pensión Alimenticia
    - Pensión de hijos menores     Desempleo     Otro

**\*\*\* No se considerará su solicitud sin los comprobantes ya mencionados. La solicitud se le devolverá con una carta detallando los comprobantes faltantes \*\*\***

Llene la solicitud completamente, firmela y póngale la fecha  
Los dos talones de cheque más recientes para todas las personas mayores de 18 años que vivan en el hogar  
Declaración de impuestos (Taxes)

**POR FAVOR, DEVUELVA LA SOLICITUD CON TODOS LOS DOCUMENTOS A:**

**Mercy Medical Center**  
**Patient Accounts Department-FA**  
**1055 6<sup>th</sup> Ave**  
**Des Moines, IA 50314**  
**Si tiene preguntas por favor llámenos al (515) 247-4199.**