

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:

- 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 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, fírmela 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 6th Ave
Des Moines, IA 50314
Si tiene preguntas por favor llámenos al (515) 247-4199.