Mee Memorial Healthcare System

Formulario de Solicitud de Asistencia Caritativa / Financiera – confidencial

Gracias por elegir Mee Memorial Healthcare System. Esta aplicación se proporciona para determinar su elegibilidad para asistencia financiera. Mee Memorial ofrece asistencia financiera a los pacientes cuyo ingreso familiar sea del 400% o menos del Nivel de Pobreza Federal y/o tienen altos costos médicos. La asistencia financiera solo está disponible para los servicios proporcionados por Mee Memorial Healthcare System. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor llame al Departamento de Asistencia Financiera/Cuidado de Caridad al (831) 386-7306.

INFORMACIÓN IMPORTANTE REQUERIDA CON LA SOLICITUD

Comprobante de ingresos (POI): Por favor proporcione una copia de los talones de pago recientes o de las declaraciones de impuestos sobre la renta recientes de todos los miembros de la familia del paciente, según se indica arriba. “Declaraciones de impuestos recientes” son declaraciones que documentan los ingresos de un paciente para el año en que se le facturó por primera vez o los 12 meses previos a cuando se le facturó por primera vez. “Talones de pago recientes” son talones de pago dentro de un Período de 6 meses antes o después de que el hospital facture al paciente por primera vez, o en el caso de preservicio, cuando se envía la solicitud.

Mee Memorial Healthcare System
300 Canal Street • King City, CA 93930
(831) 385-6000

Para que se pueda procesar su solicitud de asistencia financiera, debe:

- Proporcionarnos información sobre su familia; complete el número de miembros de la familia, que puede incluir:

  Cuando el paciente tiene 18 años o más, la familia incluye:

  - Paciente
  - Cónyugeo
  - Pareja doméstica registradao
  - Hijos dependientes menores de 21 años
  - Hijos dependientes de cualquier edad si tienen discapacidad

  Cuando el paciente es menor de 18 años, o es un hijo dependiente de cualquier edad, la familia incluye:

  - Paciente
  - Padre(s) del paciente
  - Pariente(s) cuidador(es) de el paciente
  - Otros hijos dependientes de el padre(s)
  - De el pariente cuidador menores de 21 años
  - Otros hijos del padre(s)

Mee Memorial Healthcare System
300 Canal Street • King City, CA 93930
(831) 385-6000

o De el pariente cuidador de cualquier edad si los hijos tienen discapacidad

- Proporciónenos información sobre los ingresos mensuales brutos de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones). Las solicitudes sin comprobante de ingresos no pueden ser procesadas.
- Adjunte información adicional si es necesario
- Firme y indique la fecha en el formulario

Una solicitud incompleta será devuelta y retrasará el tiempo de procesamiento de la solicitud.
Las solicitudes completas y la documentación requerida pueden ser entregadas a los Consejeros Financieros del Mee Memorial Healthcare System mediante:
Correo electrónico: FinancialCounselor@meememorial.com

Correo Postal:

Mee Memorial Healthcare System

Attn: Financial Counselor

300 Canal Street

King City, CA 93930

Fax:

Mee Memorial Healthcare System

Attn: Financial Counselor

Phone: 831-386-7306

Fax: 831-385-7188

Se harán todos los esfuerzos razonables para procesar su solicitud con prontitud y, una vez que su solicitud haya sido revisada, recibirá una carta confirmando el resultado

(Esta página se dejó intencionalmente en blanco)

Mee Memorial
Healthcare System

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

FECHA DE SOLICITUD _____

Por favor, rellene toda la información solicitada. Escriba toda la información solicitada en letra de molde.

TENGA EN CUENTA

- No podemos garantizar que califique para recibir ayuda económica, incluso si presenta una solicitud.
- Una vez que envíe su solicitud, es posible que verifiquemos la información y solicitemos más información o comprobante(s) de ingresos.

1. INFORMACIÓN FAMILIAR
(PROPORCIONE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS A TENER EN CUENTA PARA LA AYUDA ECONÓMICA)

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Número de expediente médico
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Número de expediente médico
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Número de expediente médico

Si el paciente es menor de edad, indique a su(s) padre(s)/tutor(es) como solicitante y cosolicitante.

2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (GARANTE)

Relación con el paciente: ❑ Sí mismo ❑ Cónyuge/pareja ❑ Padre ❑ Otro

Estado civil: ❑ Soltero ❑ Casado ❑ Pareja ❑ Divorciado ❑ Separado ❑ Viudo
ISi marcó «Casado», complete la Sección 3.

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Ciudadano estadounidense: ❑ Si ❑ No

Fecha de nacimiento	*Número de dependientes (Aparte de uno mismo y del cosolicitante)*	Edades de los dependientes	Teléfono de casa ( )

Dirección	Ciudad	Estado	Condado	Código postal

Empleador actual	Dirección	Ciudad	Estado	Cargo

*** Si actualmente no está trabajando, ¿cuánto tiempo lleva desempleado?**

3. INFORMACIÓN DEL COSOLICITANTE

Relación con el paciente: ❑ Cónyuge ❑ Padre

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Ciudadano estadounidense: ❑ Si ❑ No

Fecha de nacimiento	*Número de dependientes (aparte de uno mismo y del cosolicitante)*	Edades de los dependientes	Teléfono de casa ( )

Dirección	Ciudad	Estado	Condado	Código postal

Empleador actual	Dirección	Ciudad	Estado	Cargo

*** Si actualmente no está trabajando, ¿cuánto tiempo lleva desempleado?**

4. OTRA COBERTURA (TODAS LAS RESPUESTAS CORRESPONDEN AL PACIENTE)

Marque la respuesta que corresponda

1.	¿El paciente tiene seguro médico? De ser así, complete la siguiente información: Nombre del seguro médico: _____ Número de teléfono del seguro médico: _____ Nombre del suscriptor: _____ Número de identificación del miembro/paciente: _____ Fecha de vigencia:_____Nombre del grupo/empleador: _____ Número de grupo: _____	☐ Si ☐ No
2.	¿El paciente califica para un programa estatal de asistencia médica? De ser así, complete la siguiente información: Nombre del programa: _____ Condado: _____ Número de identificación del paciente: _____	☐ Si ☐ No
3.	¿El paciente recibe atención por lesiones cubiertas por el seguro de indemnización laboral? De ser así, complete la siguiente información: Nombre de la compañía de compensación laboral: _____ Nombre del ajustador:_____ Número de teléfono del ajustador: _____ Fecha de la lesión: _____ Número del caso/solicitud: _____	☐ Si ☐ No
4.	¿El paciente está siendo tratado por lesiones cubiertas por la responsabilidad civil, como una compañía de seguros de automóviles? De ser así, complete la siguiente información: Nombre de la compañía de seguros de auto o del abogado: _____ Teléfono de la compañía de seguros de auto o del abogado: _____ Fecha de la lesión:_____ Número del caso/solicitud: _____	☐ Si ☐ No
5.	¿El paciente ha sido víctima de un delito? De ser así, complete la siguiente información: Nombre del trabajador social: _____ Número de teléfono del trabajador social:_____ Número de la solicitud/caso: _____	☐ Si ☐ No

5. INFORMACIÓN DE INGRESOS

Fuentes de ingresos mensuales	**Solicitante**	**Cosolicitante**	**Ingreso mensual en conjunto (Solicitante + cosolicitante)**
Ingreso laboral	$	$	$
Seguro Social	$	$	$
Incapacidad	$	$	$
Desempleo	$	$	$
Manutención conyugal	$	$	$
Ingresos por alquiler de propiedades	$	$	$
Ingresos por concepto de inversiones	$	$	$
Otro[s] use estos espacios	$	$	$
	$	$	$
Total de ingresos mensuales en conjunto			

6. INFORMACION DE GASTOS

Usamos esta información para obtener una imagen más completa de su situación financiera.

Gasto Mensual del Hogar:

Alquiler/Hipoteca $

Primas de Seguro $

OtrasDeudas/Gastos $

Gastos medicos $

Servicios Públicos $

(manutención infantil, préstamos, medicamentos, otros)

7. FIRMA

Certifico que toda la información es válida y completa; y por la presente autorizo a Mee Memorial Healthcare System a solicitar y/o comprobar cualquier sección de la información anterior según se considere necesario.

Solicitante	**Fecha**	**Cosolicitante**	**Fecha**

Mee Memorial
Healthcare System

DOCUMENTO SUPLEMENTARIO

FECHA DE SOLICITUD: _____

Por favor, complete toda la información completamente. Por favor, escriba toda la información en letra de imprenta.

1. INFORMACIÓN FAMILIAR (Use un documento adicional suplementario si necesita listar más miembros de la familia) **(POR FAVOR PROPORCIONE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE DEBEN SER CONSIDERADAS PARA ASISTENCIA FINANCIERA)**			
Apellido	**Nombre**	**Inicial del segundo**	**Número de cuenta**
Apellido	**Nombre**	**Inicial del segundo**	**Número de cuenta**
Apellido	**Nombre**	**Inicial del segundo**	**Número de cuenta**
Si el paciente es menor de edad, por favor indique a los padres/tutores como solicitante y co-solicitante.			

.