



Mee Memorial Healthcare System

Pago con descuento y atención benéfica para pacientes que califican para asistencia financiera

Gracias por elegir a Mee Memorial Healthcare System como su proveedor de atención médica. Esta solicitud se le proporciona para determinar si cumple con el requisito federal para recibir atención benéfica en Mee Memorial Healthcare System. La elegibilidad se basa únicamente en el tamaño de la familia y sus ingresos. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al Departamento de Asistencia Financiera/Atención Benéfica al (831) 386-7306.

Instrucciones para hacer la solicitud

La siguiente lista de verificación se puede utilizar para garantizar que haya proporcionado la información requerida necesaria para que su solicitud sea considerada para la asistencia financiera.

Lista de verificación de los documentos solicitados

- Solicitud completa de Medicare, Medi-cal, Covered California (**opcional**)
- Declaración de impuestos sobre la renta del año anterior presentada al IRS **o**
- Licencia de conducir o tarjeta identificación estatal
- Recibos de pago del período actual, recibos de pago por desempleo o discapacidad (de 2 meses de antigüedad)
- Si no tiene ingresos o documentos que comprueben sus ingresos, proporcione una carta que explique cómo se mantiene a sí mismo o mantiene a su familia
- Verificación de empleo

Esta solicitud debe completarse en su totalidad. Una solicitud incompleta será devuelta y retrasará el tiempo de procesamiento de la solicitud. Las solicitudes recibidas sin comprobante de ingresos (declaración de impuestos o talones de cheques) no podrán procesarse. Las solicitudes completas y la documentación requerida se pueden devolver a los asesores financieros de Mee Memorial Healthcare System de la siguiente manera:

Por correo postal:

Mee Memorial Healthcare System
Attn: Financial Counselor
300 Canal Street
King City, CA 93930

Fax:

Mee Memorial Healthcare System
Attn: Financial Counselor
Teléfono: 831-386-7306
Fax: 831-385-7188



Mee Memorial Healthcare System

Números de cuenta: _____

Fecha: _____

Para ser considerado en el Programa de Asistencia Financiera, complete este formulario en su totalidad. Enumere el total de dependientes, incluido usted mismo, que residen en su dirección.

TODA LA INFORMACIÓN DEBE COMPLETARSE. LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS NO PUEDEN PROCESARSE.			
Nombre: _____			
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	
Dirección: _____			
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono: _____		Número de celular: _____	
Número del Seguro Social (opcional): _____		Fecha de nacimiento: _____	
Empleador: _____		Número de teléfono: _____	
Ocupación: _____		Tarifa de pago por hora (en dólares): _____	

Dependientes (enumere cada uno por nombre y edad): <i>Utilice el reverso de la página si necesita más espacio.</i>	Nombre	Edad	

Fuente de ingresos (si está casado, se requieren ambos ingresos):	Importe anual
	\$
	\$
	\$

Información de gastos mensuales (opcional):			
Alquiler/hipoteca \$ _____	Servicios públicos \$ _____	Comida \$ _____	Gastos médicos \$ _____
Préstamos \$ _____	Pensión alimenticia \$ _____	Manutención infantil \$ _____	Primas del seguro \$ _____

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera y precisa. Autorizo a Mee Memorial Healthcare System a verificar cualquier información proporcionada en esta solicitud.

Firma del paciente/parte responsable: _____ Fecha: _____