

Solicitud de Ayuda Financiera de Methodist Healthcare System

Nombre del Paciente		Número de Cuenta del Paciente
Número de Teléfono	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)
<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado		
Patrón (Nombre, Dirección y Número de Teléfono)		
Nombre del Cónyuge	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)
Padre del Paciente (si el paciente es menor)	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)
Madre del Paciente (si el paciente es menor)	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)

A. Salarios: Por favor anote los salarios de cada una de las siguientes personas de su hogar.

Circule una opción		Circule una opción	
Paciente \$ _____	Hr/ Sem/ Mes/ Año	Padre del Paciente (si el paciente es menor) \$ _____	Hr/ Sem/ Mes/ Año
Cónyuge \$ _____	Hr/ Sem/ Mes/ Año	Madre del Paciente (si el paciente es menor) \$ _____	Hr/ Sem/ Mes/ Año

B. Otros Recursos: Por favor proporcione la cantidad total de otros recursos con que usted cuente, incluidas las cuentas de ahorros, cuentas de cheques, acciones, bonos, etc. \$ _____

Por favor proporcione la cantidad del ingreso anual que usted recibe de estos otros recursos, incluidos los ingresos por intereses, dividendos, ingresos por renta o alquiler, etc. \$ _____

C. Familiares: Por favor indique el número de personas que viven en el hogar del paciente. _____

D. Verificación de los Ingresos: Por favor proporcione alguno de los siguientes tipos de documentos para verificar sus ingresos.

<ul style="list-style-type: none"> Forma W-2 del IRS Remesa o giro de su sueldo Declaración de Impuestos Estado de Cuenta Bancaria 	<ul style="list-style-type: none"> Verificación del Patrón Comprobación de Participación en programas Gubernamentales de Asistencia como los de estampillas para alimentos, CDIC, Medicaid o AFDC Seguro Social o Cartas de Determinación de la Indemnización por Desempleo Otro(s), por favor descríbalos
--	--

Si usted no puede proporcionar alguno de los documentos de sus fuentes de ingresos mencionados arriba, por favor explique la razón por la cual no tiene esta información:

Entiendo que Methodist Healthcare System (MHS) puede verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de Ayuda Financiera ("Solicitud") relacionada con la evaluación que MHS haga de esta Solicitud, y por medio de mi firma en la presente autorizo a mi patrón a certificar la información proporcionada en esta Solicitud. También autorizo a MHS a solicitar informes de las instituciones de información crediticia y de la Administración del Seguro Social. Certifico que esta información es verdadera a mi leal saber y entender y sé que la falsificación de información en esta Solicitud puede ocasionar que se me niegue la ayuda financiera.

Entiendo que cualquier ayuda financiera está basada en mi incapacidad de pago y si alguna nueva fuente de ingreso se encuentra disponible, Methodist Healthcare System podría revertir su otorgamiento de ayuda financiera en todo o en parte.

Firma del Paciente o la Persona Responsable

Fecha

Firma del Empleado de MHS si alguna parte de la Solicitud de Ayuda Financiera fue llenada por un Empleado de MHS

Fecha

Información e Instrucciones para la Solicitud de Ayuda Financiera de Methodist Healthcare System

Instrucciones:

Como parte de su compromiso de servir a la comunidad y en cumplimiento de uno de los objetivos de beneficencia de Methodist Healthcare Ministries, Methodist Healthcare System decide proporcionar ayuda financiera a las personas que cumplen con ciertos requisitos en materia de ingresos.

Para determinar si una persona puede calificar para recibir ayuda financiera, necesitamos obtener cierta información financiera, como se indica en esta solicitud. Su cooperación nos permitirá dar la debida consideración a su solicitud de ayuda financiera.

Por favor llene la Solicitud de Ayuda Financiera y regrese el formato lleno al Representante del Registro, o bien mande por correo el formato lleno a la siguiente dirección:

Patient Account Services
6000 N.W. Parkway, Ste. 124
San Antonio, TX 78249

Una vez que la solicitud haya sido revisada y procesada, le notificaremos sobre nuestra decisión. Si usted es elegible para recibir ayuda financiera, puede solicitar la información que describe el proceso que utiliza Methodist Healthcare System para calcular la cantidad a pagar. La cantidad a pagar no excederá las cantidades que generalmente se le cobran a los pacientes que cuentan con seguro médico, las cuales se determinan utilizando los métodos "look back" (cálculo de los intereses sobre pagos pendientes) descritos en las reglamentaciones del Internal Revenue Service (Sistema de Administración Tributaria). La solicitud para obtener esta información deberá dirigirse a:

Patient Account Services
6000 N.W. Parkway, Ste. 124
San Antonio, TX 78249

Sección A: Salarios

En la Sección A de la Solicitud de Ayuda Financiera, por favor indique la Cantidad en Dólares que recibe cada persona como remuneración y si la cantidad representa la remuneración por hora, por semana, por mes o por año.

Sección B: Otros Recursos

En el primer espacio de la Sección B de la Solicitud de Ayuda Financiera, por favor indique la Cantidad en Dólares que usted ha invertido en cuentas de cheques, de ahorro, en acciones, etc. En el segundo espacio por favor indique la Cantidad en Dólares que usted recibe como ingreso por esas inversiones cada año. Por ejemplo, en el primer espacio alguien puede poner que tiene \$5,000 en una cuenta de ahorro y en el segundo espacio puede poner que gana \$250 de intereses anuales de esa cuenta.

Sección C: Familiares

La Sección C de la Solicitud de Ayuda Financiera solicita información sobre el número de personas que hay en el hogar del paciente. Este número debe incluir al paciente, al cónyuge (esposo o esposa) del paciente y a los dependientes del paciente. Si el paciente es menor de edad, por favor incluya al paciente, a la mamá y/o papá y/o tutor legal del paciente y a todos los Dependientes Residentes de la mamá y/o papá y/o tutor legal del paciente.

Sección D: Verificación de los Ingresos

Para considerar su solicitud de ayuda financiera, se requiere la verificación de los salarios reportados en la Sección A de la Solicitud de Ayuda Financiera. Por favor proporcione una copia de la forma W-2 del IRS, su Declaración de Salarios e Impuestos; la remesa o giro de su sueldo; su declaración de impuestos; su estado de cuenta bancaria u otro indicador apropiado de sus ingresos o comprobación de su participación en un programa de beneficio público como el Seguro Social, la Indemnización por Desempleo, Medicaid, el Programa de Salud para Indigentes del Condado, AFDC, Seguro de Desempleo, Estampillas para Alimentos, WIC, Texas Healthy Kids, Programa de Seguro Médico Infantil, u otros programas similares relacionados con los indigentes.

Usted también puede verificar su salario pidiéndole a su patrón que proporcione una verificación por escrito o pidiendo a su patrón que hable con un representante de MHS.

Si usted no puede proporcionar alguno de los documentos mencionados arriba que prueben su fuente de ingresos, por favor proporcione una explicación por escrito de ello en la Sección D de la Solicitud de Ayuda Financiera.

Servicios de los Médicos

Los médicos que proporcionan servicios no son empleados de Methodist Healthcare System. Usted recibirá facturas separadas de su médico privado y de los otros médicos cuyos servicios usted solicitó. Si tiene alguna duda sobre estas facturas, o si desea hacer arreglos para el pago de los servicios de los médicos, por favor diríjase al consultorio individual de cada médico.