



Estimado(a) solicitante:

Gracias por su interés en el Programa de Atención Comunitaria de Mercyhealth. El Programa de Atención Comunitaria de Mercyhealth es nuestro Programa de Beneficencia Tradicional que se rige por la Política de Asistencia Financiera. Mercyhealth se enorgullece de colaborar con los pacientes sin seguro médico o asegurados que experimentan dificultades financieras. El Programa de Atención Comunitaria de Mercyhealth no es una póliza de seguros ni es una alternativa para los seguros médicos o los programas de asistencia gubernamental. Si usted califica, podría recibir tarifas reducidas o gratuitas para servicios médicos o podría ser elegible para obtener planes de pago ampliados. Mercyhealth elaborará un plan de pagos de acuerdo a su capacidad de pago. Le solicitamos que respete este plan de pagos.

Podría ser necesario que usted se reúna con un consejero financiero para los pacientes de Mercyhealth (Mercyhealth Patient Financial Counselor, PFC) o con un representante de servicio al cliente (Customer Service Representative, CSR). Le ayudaremos a determinar su elegibilidad para recibir recursos gubernamentales u otros recursos financieros. Además, podemos ayudarlo a completar la solicitud y le responderemos cualquier pregunta que pueda surgir.

El Programa de Atención Comunitaria de Mercyhealth cubrirá únicamente los servicios que presta Mercyhealth. El Programa de Atención Comunitaria cubrirá los servicios que sean médicamente necesarios. Este programa no cubre servicios electivos, investigativos ni servicios que no sean médicamente necesarios.

Para poder evaluar su situación, deberá completar la solicitud en su totalidad, incluidas las firmas. Además, debe incluir:

- Una copia de la Declaración de impuestos del año fiscal más reciente, incluidos todos los formularios presentados con la declaración original.
- Copias de la información de ingresos más reciente de cada persona en el grupo familiar, incluidos los recibos de pago, beneficios de Seguro Social, desempleo, jubilación, pensiones, etc.
- Copias de estados de cuenta bancarios de las cuentas de cheques y de ahorros, de los últimos dos meses.
- Si el grupo familiar recibe ayuda de amigos o familiares, una declaración de la parte que presta la ayuda.
- Si no puede trabajar, debe presentar una solicitud para beneficios de discapacidad del Seguro Social y proporcionar la documentación que indique que la solicitud está en trámite.
- Comprobante de que presentó solicitud para todos los recursos médicos relacionados.

_____ **Asistencia médica**

Condado de Rock (608) 741-3400; Condado de Walworth (262) 741-3200; Condado de McHenry (815) 338-0234

_____ **Planificación familiar**

Para mujeres de entre 15 y 45 años de edad que no tengan seguro médico, para control de natalidad Condado de Rock (608) 741-3488; Condado de Walworth (262) 741-3200; Condado de McHenry (815) 338-0234

_____ **HealthNet of Janesville, Inc.**

Para los residentes del condado de Rock que no tengan seguro médico y que cumplan con las directrices de ingresos (608)756-4638

_____ **Open Arms Free Clinic, Elkhorn, WI**

Para los residentes del condado de Walworth que no tengan seguro médico y que cumplan con las directrices de ingresos (262) 379-1401

_____ **Programa de Bienestar de la Mujer de Wisconsin (Wisconsin Well Woman Program)** Pruebas de detección gratuitas para mujeres de entre 45 y 64 años de edad; Condado de Rock (608) 755-2476, condado de Walworth (262) 741-3200

_____ **Atención para adultos mayores**

Para ayuda con los medicamentos recetados para los adultos mayores de 65 años (800) 657-2038

_____ **Asistencia médica de emergencia**

Para servicios de emergencia para personas que no son ciudadanos de EE.UU.; Condado de Rock (888) 794-5780, Condado de McHenry (815) 338-0234, Condado de Walworth (888) 446-1239

- La documentación de denegación y de apelación de cualquier seguro de responsabilidad civil si estuvo involucrado en un accidente o asalto.
- Si es estudiante universitario, debe proporcionar documentación de su estado actual de estudiante.

Si no se cumple con los incisos antes mencionados no se le podrá dar trámite a la solicitud. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la persona que se indica más adelante o comuníquese con Servicio al Cliente de Mercyhealth al 1-866-269-7115 o al 1-608-741-7630. Esperamos poder ayudarlo.

Firma del PFC o del CSR: _____ Fecha: _____

Activos (incluya otro si es necesario)	Gastos mensuales (incluya otro si es necesario)	
SALDO DE LA CUENTA DE CHEQUES \$	HIPOTECA/ALQUILER \$	SALDO DEL PRÉSTAMO HIPOTECARIO \$
SALDO DE LA CUENTA DE AHORROS \$	PRÉSTAMO PARA VEHÍCULO \$	SALDO DEL PRÉSTAMO PARA VEHÍCULO \$
EFFECTIVO EN MANO (NO EN EL BANCO) \$	GAS \$	ELECTRICIDAD \$
VALOR DE LA CASA \$	TELÉFONO \$	CABLE/TELEVISIÓN SATELITAL \$
OTROS BIENES INMUEBLES \$	TARJETA(S) DE CRÉDITO \$	OTROS PRÉSTAMOS \$
ACCIONES, BONOS, CERTIFICADOS DE DEPÓSITO \$	CUIDADO INFANTIL \$	OTROS \$
MARCA/TIPO/AÑO DEL VEHÍCULO	MANUTENCIÓN INFANTIL \$	PRIMA DEL SEGURO \$
OTROS ACTIVOS \$	OTROSS POR ORDEN JUDICIAL \$	ALIMENTACIÓN MENSUAL \$

Motivos para presentar una solicitud (incluidas las circunstancias especiales, por ejemplo, gastos médicos extraordinarios que Mercyhealth debe tomar en consideración. Adjunte hojas adicionales si es necesario)

Autorizo al Programa de Atención Comunitaria Mercyhealth (Mercyhealth Community Care Program) a obtener cualquier información financiera en poder de la Administración de Seguridad Social, de Servicios sociales del condado, de las oficinas de crédito, instituciones financieras u otras instituciones o compañías aseguradoras con respecto a mí o a mi familia, con el fin de determinar la elegibilidad para recibir financiamiento de Atención Comunitaria de Mercyhealth. Esta autorización tiene vigencia de un (1) año a partir de la fecha en que se firmó. Puedo revocar esta autorización, por escrito, excepto en la medida en que Mercyhealth haya actuado ya basándose en la misma. Entiendo que una fotocopia de este consentimiento se considerará tan válida como el documento original. Por este medio certifico que la información anterior es exacta y completa según mis mejores conocimientos.

Firma del solicitante: _____ Fecha _____

Si firmó una persona que no es el solicitante, complete lo siguiente y proporcione la documentación, si se requiere.

Firma de la persona legalmente autorizada: _____ Fecha: _____

El solicitante es: Menor Discapacitado Tutor legal

Puede obtener una copia de la Política de Asistencia Financiera de Mercyhealth. Además, puede recibir ayuda para completar la solicitud y puede enviar la solicitud completa y los documentos de respaldo a:

MercyCare Building
580 N. Washington Street-Customer Service Department
PO BOX 5003
Janesville, WI 53547
(608) 741-7630 o llame al número gratuito (866) 269-7115
Correo electrónico: custserv@mhsjvl.org
De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
O visite nuestro sitio web en www.mercyhealthsystem.org