



Estimado solicitante:

Gracias por elegir el programa de Asistencia Comunitaria de Mercyhealth. El programa de Asistencia Comunitaria de Mercyhealth es nuestro programa tradicional de caridad bajo las políticas de asistencia financiera de Mercyhealth. La asistencia comunitaria de Mercyhealth no es una póliza de seguro, ni tampoco es una alternativa de seguro médico, o programa de asistencia del gobierno. Si califica, es posible que no tenga que pagar o tener cargos reducidos por los servicios médicos o ser elegible para planes de pago. Mercyhealth establecerá un plan de pago con base a su habilidad para pagar dentro de las normas establecidas en nuestra política de asistencia financiera.

Se le podría pedir que se reúna con un asesor financiero para pacientes de Mercyhealth más cercano a usted (PFC, por sus siglas en inglés) o un representante de servicio al cliente (CSR, por sus siglas en inglés). Nosotros le ayudaremos a determinar su elegibilidad para obtener recursos financieros del gobierno o de cualquier otro tipo. Nuestro equipo también le puede ayudar a completar su solicitud y responder cualquier pregunta que pueda tener.

Las decisiones de aprobación para la asistencia comunitaria están basadas en el ingreso anual bruto del hogar. Para poder evaluar su situación se le podría pedir que llene completamente la solicitud, incluyendo las firmas. También se le podría pedir que incluya la información más reciente de ingresos de todos los miembros de su hogar:

- Copia de los formularios W-2 y/o Reclamo de Impuestos Federales (formularios 1040 ó 1099) para el año más reciente, incluyendo todos los documentos que presentó en el reclamo original.
- Copias de los comprobantes de nómina/talones de cheque más recientes de todos los trabajos que ha tenido durante el año en curso, mostrando sus ingresos hasta la fecha.
- Documentación de los ingresos fijos (seguro social, veteranos, pensiones, compensación, manutención/pensión conyugal, pagos W2, discapacidad)
- Copias de todos los estados de cuentas de cheques y ahorros del banco de los últimos dos meses, mostrando toda la actividad.
- Si en el hogar están recibiendo ayuda de familiares o amigos, un estado de cuenta de ellos.
- Si usted no puede trabajar, usted debe solicitar discapacidad del seguro social y proporcionar la documentación de que la solicitud está siendo procesada.
- Documentación de denegación o apelación sobre cualquier seguro de responsabilidad si estuvo involucrado en un accidente o ataque/agresión.
- Si usted es un estudiante universitario, debe proporcionar documentación de su condición de estudiante.
- Verificación de que usted ha aplicado para todos los recursos médicos relacionados:

\_\_\_\_\_ **Medicaid u otro seguro de salud**

Por favor solicite Medicaid o un seguro de salud a través del Mercado [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)  
O llame al (800) 318-2596 y envíenos la documentación de la solicitud.

\_\_\_\_\_ **Recursos médicos adicionales**

Condado de Rock al (608) 741-3400; Condado de Walworth al (262) 741-3200; Condado de McHenry al (815) 338-0234;  
Condado de Winnebago al (815) 720-4000; Condado de Boone al (815) 544-2951; Condado de Ogle al (815) 562-6976

Sin los documentos listados/mencionados arriba, se podría retrasar el proceso de la solicitud. Si tiene preguntas, por favor contacte al servicio al cliente de Mercyhealth al (866) 269-7115 o al (800) 987-4170. Esperamos poder asistirle.

Mercyhealth respeta la confidencialidad y dignidad de sus pacientes y entiende que el solicitar asistencia financiera podría ser un asunto delicado. Toda la información de las solicitudes está sujeta a las prácticas de privacidad de Mercyhealth.



Para uso oficial solamente:

Fecha: \_\_\_\_\_

Número de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_

Representante de Mercyhealth: \_\_\_\_\_

### SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Información general				
APELLIDO DEL PACIENTE	PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE	INICIAL DEL 2do NOMBRE	(opcional) Raza, etnicidad, idioma preferido (no tendrá ningún impacto en el resultado)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (no es necesario si no cuenta con seguro médico Illinois)
DIRECCIÓN		CIUDAD POSTAL	ESTADO CÓDIGO	CORREO ELECTRÓNICO
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	TELÉFONO - CASA	TELÉFONO - TRABAJO	TELÉFONO - CELULAR
NOMBRE DEL CÓNYUGE				FECHA DE NACIMIENTO

INFORMACIÓN LABORAL	
SOLICITANTE	CÓYUGE/PAREJA
<b>SITUACIÓN LABORAL: (MARQUE LA CAJA)</b> <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> CUENTA PROPIA  <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> JUBILADO <input type="checkbox"/> OTRO: _____  <b>SI ESTÁ EMPLEADO:</b> NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____ DIRECCIÓN DE EMPLEADOR: _____ TEL. DEL EMPLEADOR: _____ OCUPACIÓN: _____ FECHA DE CONTRATACIÓN: _____ SALARIO \$ _____  <b>¿HAY SEGURO DE SALUD DISPONIBLE A TRAVÉS DE SU EMPLEADOR?</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  <b>SI SÍ, ¿RECIBE USTED ESTE SEGURO?</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI SÍ, ASEGURADORA: _____  <b>SI USTED NO CUENTA CON ESTE SEGURO, CUAL ES LA RAZÓN:</b>  <hr/> <b>SI ESTÁ DESEMPLEADO:</b> BENEFICIOS DEL DESEMPLEO \$ _____/SEMANAL FECHA DE DESEMPLEO: _____ RAZÓN DE DESEMPLEO: _____	<b>SITUACIÓN LABORAL: (MARQUE LA CAJA)</b> <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> CUENTA PROPIA  <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> JUBILADO <input type="checkbox"/> OTRO: _____  <b>SI ESTÁ EMPLEADO:</b> NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____ DIRECCIÓN DE EMPLEADOR: _____ TEL. DEL EMPLEADOR: _____ OCUPACIÓN: _____ FECHA DE CONTRATACIÓN: _____ SALARIO \$ _____  <b>¿HAY SEGURO DE SALUD DISPONIBLE A TRAVÉS DE SU EMPLEADOR?</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  <b>SI SÍ, ¿RECIBE USTED ESTE SEGURO?</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI SÍ, ASEGURADORA: _____  <b>SI USTED NO CUENTA CON ESTE SEGURO, CUAL ES LA RAZÓN:</b>  <hr/> <b>SI ESTÁ DESEMPLEADO:</b> BENEFICIOS DEL DESEMPLEO \$ _____/SEMANAL FECHA DE DESEMPLEO: _____ RAZÓN DE DESEMPLEO: _____

\*Por favor agregue información adicional sobre el empleo en la parte trasera de esta hoja.

**Información del hogar – Por favor liste todas las personas que viven en su domicilio (incluso si ellos no están solicitando asistencia)**

**\* Los residentes de Illinois solamente necesitan listar los dependientes en su declaración de impuestos**

MIEMBROS EN EL HOGAR	EDAD	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	FUENTE DE INGRESOS (SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO, SEGURO SOCIAL POR INCAPACIDAD, COMPENSACIÓN LABORAL, MANUTENCIÓN INFANTIL/FAMILIAR, BENEFICIOS PARA VETERANOS, ALQUILERES, AYUDA DE AMIGOS/FAMILIARES, OTRO)	CANTIDAD MENSUAL

Bienes (agregue si es necesario)	Gastos mensuales (agregue si es necesario)	
SALDO EN LA CUENTA DE CHEQUES \$	HIPOTECA/RENTA \$	SALDO EN LA HIPOTECA \$
SALDO EN LA CUENTA DE AHORROS \$	PRÉSTAMOS DE AUTO \$	SALDO EN EL PRÉSTAMO DEL CARRO \$
EFFECTIVO DISPONIBLE (NO EN EL BANCO) \$	COMBUSTIBLE \$	ELECTRICIDAD \$
VALOR DE LA CASA \$	TELÉFONO \$	CABLE/SATELITE \$
OTRAS PROPIEDADES \$	TARJETA(S) DE CRÉDITO \$	OTROS PRÉSTAMOS \$
ACCIONES, BONOS, CERTIFICADOS DE DEPÓSITO \$	CUIDADO DE NIÑOS \$	OTRO \$
MARCA/TIPO/AÑO DEL VEHICULO	MANUTENCIÓN \$	PRIMA DE SEGUROS \$
OTROS BIENES \$	OTROS ORDENADOS POR UN JUZGADO/CORTE \$	ALIMENTOS MENSUALES \$

**Razón de esta solicitud (incluyen cualquier circunstancia especial, e.j. gastos médicos extraordinarios) que Mercyhealth debería considerar. Si usted no tiene ingresos, por favor explique su situación de vivienda. (Agregue páginas adicionales si es necesario)**


Si usted **no cuenta con seguro**, se podría usar un criterio de elegibilidad presuntivo para determinar si el paciente es elegible para asistencia financiera sin más verificación por parte del hospital. Por favor marque los siguientes que apliquen:

- Desamparado/Vagabundo  Programa de nutrición para mujeres, bebés y niños (WIC)
- Elegible para Medicaid  Illinois Free Lunch and Breakfast Program
- El paciente falleció sin ingresos  Programa de asistencia de energía para hogares de bajos recursos
- Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP o LINK)  Programa de ayuda de viviendas en alquiler IDHA
- Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)  Recibo de asistencia para servicios médicos
- El paciente tiene incapacidad mental sin nadie que pueda actuar en su nombre

Al firmar abajo, certifico que la información es cierta y correcta bajo mi mejor conocimiento. Yo solicitaré cualquier ayuda estatal, federal, o local para la cual sea elegible para ayudar a pagar mi factura del hospital. Yo autorizo al programa de asistencia comunitaria de Mercyhealth para que obtenga cualquier información financiera mantenida por la administración del seguro social, servicios sociales del condado, agencias de crédito, establecimientos de préstamos y/o compañías de seguro sobre mi persona o mi familia, para el propósito de determinar la elegibilidad para el financiamiento de asistencia comunitaria de Mercyhealth. Esta autorización es válida por un (1) año a partir de la fecha firmada. Yo puedo revocar en cualquier momento por escrito, a menos que Mercyhealth ya haya actuado en virtud de esta. Entiendo que una fotocopia de este consentimiento es tan válida como la original. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en esta solicitud, yo seré inelegible para asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que me sea otorgada podría ser revertida y yo seré responsable del pago de mi factura del hospital.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si firma otra persona que no es el solicitante, llene lo siguiente y proporcione documentación, si es necesario.

Firma de la persona autorizada legalmente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
El solicitante es:  Menor de edad  Discapacitado  Tutor legal

Las quejas o inquietudes con el proceso de solicitud de descuento para pacientes sin seguro o el proceso de asistencia financiera del hospital se pueden informar a la Oficina de Atención Médica del Fiscal General de Illinois (Health Care Bureau of the Illinois Attorney General). Puede comunicarse con la Oficina del Fiscal General en <https://www.illinoisattorneygeneral.gov/index.html> o llamando al (800) 243-0618.

Usted podría recibir una copia de la política de asistencia de Mercyhealth. También puede recibir ayuda con su solicitud de lunes a viernes de 8 am a 4:30 pm o regresar la solicitud completada y los documentos adicionales a la dirección:

MercyCare Building  
580 N. Washington Street-Customer Service Department  
PO BOX 5003  
Janesville, WI 53547  
(608) 741-7630 o llame sin costo al (866) 269-7115  
Correo electrónico: [custserv@mhemail.org](mailto:custserv@mhemail.org)  
O hable con un asesor financiero para pacientes en cualquiera de nuestras ubicaciones de Mercyhealth.

**Usted también puede enviarnos un correo electrónico con la solicitud completada y los documentos a:**  
[mercycommunitycare@mhemail.org](mailto:mercycommunitycare@mhemail.org)

Revisado 9/7/2021