



Estimado solicitante:

Mercyhealth se enorgullece de colaborar con los pacientes que tienen dificultades financieras. Usted puede ser elegible para el Programa de Atención Comunitaria de Mercyhealth si no puede pagar su factura en su totalidad. Llene la solicitud de abajo y envíe la información requerida dentro de los próximos 30 días. También puede solicitar esta ayuda a través de la aplicación MyChart de Mercyhealth. Cuando recibamos la solicitud completa, evaluaremos sus calificaciones para una ayuda parcial o total.

Es posible que deba reunirse con un consejero financiero de Mercyhealth (PFC) o con un representante de servicio al cliente (CSR) para completar este proceso. Mercyhealth lo ayudará a determinar su elegibilidad para cualquier gobierno, u otros recursos financieros. También es posible que tenga que hacer una solicitud de Medicaid u otro seguro médico a través del mercado de seguros en [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov) o llamando al (800) 318-2596. Podemos ayudarlo a llenar la solicitud y responder a cualquier pregunta que tenga.

El Programa de Atención Comunitaria de Mercyhealth ayudará con los servicios médicamente necesarios proporcionados solo por Mercyhealth.

Las decisiones de aprobación de la atención comunitaria se basan en los ingresos brutos anuales de su grupo familiar. Para poder evaluar su situación, debe llenar la solicitud por completo, incluyendo las firmas. También debe entregar los documentos sobre los ingresos de todo el grupo familiar, que deberán incluir cualquiera de los siguientes elementos:

- Copia de los formularios W-2 o de la declaración de impuestos federales sobre la renta (formularios 1040 o 1099) correspondientes al año fiscal más reciente, incluyendo todos los anexos presentados con la declaración original.
- Copias de los dos comprobantes de nómina/pagos más recientes de todos los trabajos que haya tenido este año, que muestren sus ingresos del año hasta la fecha.
- Documentación de ingresos fijos (seguro social, veteranos, pensiones, seguro de desempleo, manutención de los hijos/pensión de alimentos, pagos de W2, discapacidad).
- Comprobante de ingresos por escrito de un empleador si se paga en efectivo.

Si no se entregan los documentos de arriba, su solicitud podría retrasarse. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Mercyhealth al (866) 269-7115 o al (800) 987-4170. Esperamos ayudarlo.

Mercyhealth respeta la confidencialidad y la dignidad de sus pacientes y entiende que la solicitud de asistencia financiera puede ser un tema delicado. Toda la información de la solicitud está sujeta a las prácticas de privacidad de Mercyhealth.

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Información general				
APELLIDO DEL PACIENTE	NOMBRE DEL PACIENTE	Inicial segundo nombre	(opcional) Raza, etnia, idioma preferido (no tendrá ningún impacto en el resultado)	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL (no es obligatorio si no tiene seguro en Illinois)
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
FECHA DE NACIMIENTO	Sexo	TELÉFONO – CASA	TELÉFONO – TRABAJO	TELÉFONO – CELULAR
NOMBRE DEL CÓNYUGE				FECHA DE NACIMIENTO

Información de empleo	
SOLICITANTE	CÓNYUGE/PAREJA
<b>SITUACIÓN LABORAL: (MARQUE LA CASILLA)</b> <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> JUBILADO <input type="checkbox"/> OTRO: _____	<b>SITUACIÓN LABORAL: (MARQUE LA CASILLA)</b> <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> JUBILADO <input type="checkbox"/> OTRO: _____
<b>SI TIENE EMPLEO:</b> NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____ DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: _____ TELÉFONO DEL EMPLEADOR: _____ OCUPACIÓN: _____ FECHA DE CONTRATACIÓN: _____ SUELDO \$ _____	<b>SI TIENE EMPLEO:</b> NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____ DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: _____ TELÉFONO DEL EMPLEADOR: _____ OCUPACIÓN: _____ FECHA DE CONTRATACIÓN: _____ SUELDO \$ _____
<b>SI NO TIENE EMPLEO:</b> BENEFICIOS POR DESEMPLEO \$ _____ /SEMANA FECHA DE DESEMPLEO: _____ MOTIVO DE DESEMPLEO: _____	<b>SI NO TIENE EMPLEO:</b> BENEFICIOS POR DESEMPLEO \$ _____ /SEMANA FECHA DE DESEMPLEO: _____ MOTIVO DE DESEMPLEO: _____

Información del grupo familiar: indique todas las personas que viven con usted (incluso si no solicitan asistencia) *Los residentes de Illinois solo deben indicar los dependientes que aparecen en su declaración de impuestos				
MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR	EDAD	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	FUENTE DE INGRESOS (SSI, SSDI, INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DEL TRABAJO, MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS/FAMILIARES, BENEFICIOS PARA VETERANOS, ALQUILER, APOYO DE AMIGOS/FAMILIARES, OTROS)	CANTIDAD MENSUAL

Activos (adjunte otros si es necesario)	Gastos mensuales (adjunte otros si es necesario)	
SALDO DE LA CUENTA CORRIENTE \$	HIPOTECA/ALQUILER \$	SALDO DEL PRÉSTAMO HIPOTECARIO \$
SALDO DE LA CUENTA DE AHORROS \$	PRÉSTAMO DE AUTOMÓVILES \$	SALDO DEL PRÉSTAMO DE AUTOMÓVILES \$
DINERO EN EFECTIVO (NO EN EL BANCO) \$	GAS \$	ELECTRICIDAD \$
VALOR DE LA CASA \$	TELÉFONO \$	CABLE/SATELITAL \$
OTROS BIENES RAÍCES \$	TARJETA(S) DE CRÉDITO \$	OTROS PRÉSTAMOS \$
ACCIONES, BONOS, CERTIFICADOS DE DEPÓSITO (CD) \$	CUIDADO INFANTIL \$	OTRO \$
MARCA/TIPO/AÑO DEL VEHÍCULO	MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS \$	PRIMA DE SEGURO \$
OTROS ACTIVOS \$	OTRAS ÓRDENES JUDICIALES \$	COMIDA MENSUAL \$

**Motivo de la solicitud (incluya cualquier circunstancia especial, por ejemplo, gastos médicos extraordinarios que Mercyhealth deba considerar. Si no tiene ingresos, explique su situación de vivienda. [si es necesario, adjunte hojas adicionales])**


Si **no tiene seguro**, se pueden usar los criterios de presunción de elegibilidad para determinar si un paciente es elegible para la asistencia financiera del hospital sin una revisión adicional por parte del hospital. Marque los puntos de la lista de abajo que se apliquen a su caso:

- Sin hogar
- Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- Elegible para Medicaid
- Programa de Almuerzo y Desayuno Gratis de Illinois
- Paciente fallecido sin patrimonio
- Programa de Asistencia para la Energía de Hogares de Bajos Ingresos
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Programa de Apoyo a la Vivienda de Alquiler de IHDA
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- Recepción de una subvención de asistencia para servicios médicos
- El paciente tiene una discapacidad mental y nadie puede actuar en su nombre

Con mi firma abajo, certifico que la información es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la que pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura del hospital. Autorizo al Programa de Atención Comunitaria de Mercyhealth a obtener cualquier información financiera que tenga la Administración del Seguro Social, los Servicios Sociales del Condado, las agencias de crédito, las instituciones de préstamo, otras instituciones financieras o las compañías de seguros sobre mí y mi familia, con el fin de determinar la elegibilidad para el financiamiento de la Atención Comunitaria de Mercyhealth. Esta autorización es válida durante un (1) año a partir de la fecha de mi firma. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que Mercyhealth haya actuado ya en base a ella. Entiendo que una copia de esta autorización es igualmente válida que la original. Entiendo que, si proporciono a sabiendas información falsa en esta solicitud, no seré elegible para la asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que se me conceda puede ser revertida y seré responsable del pago de la factura del hospital.

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

Si está firmado por una persona que no sea el solicitante, llene lo siguiente y proporcione la documentación, si es necesario.

Firma de la persona legalmente autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El solicitante es:  Menor de edad  Discapacitado  Tutor legal

Las quejas o preocupaciones sobre el proceso de solicitud de descuentos para pacientes no asegurados o el proceso de asistencia financiera del hospital pueden informarse a la Oficina de Atención Médica del Fiscal General de Illinois. Se puede comunicar con la Oficina del Fiscal General en <https://www.illinoisattorneygeneral.gov/index.html> o llamando al (800) 243-0618.

Puede recibir una copia de la política de asistencia financiera de Mercyhealth. También puede recibir ayuda con una solicitud de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m., o enviar una solicitud completa y los documentos de apoyo a:

MercyCare Building  
580 N. Washington Street-Customer Service Department  
PO BOX 5003  
Janesville, WI 53547  
(608) 741-7630 o número gratis (866) 269-7115  
Correo electrónico: [custserv@mhemail.org](mailto:custserv@mhemail.org)  
O cargue los documentos de su solicitud de asistencia financiera en MyChart  
O reúnase con un consejero financiero para pacientes en cualquiera de nuestros centros de Mercyhealth.

**También puede enviar por correo electrónico las solicitudes y los documentos completos a:**  
[mercycommunitycare@mhemail.org](mailto:mercycommunitycare@mhemail.org)

Modificado el 5/5/22