



# NORTH MISSISSIPPI HEALTH SERVICES

Fecha:

Para:

Número de cuenta:

**Re: Ayuda financiera**

Adjunto encontrará una aplicación para ayuda financiera. Por favor complete toda la información y envíenosla por correo **dentro de 14 días** junto con **toda la documentación de apoyo solicitada** {vea la página 3}. **Solicitudes recibidas sin la documentación de apoyo requerida se demorarán o se negarán.** Puede utilizar el sobre franqueado para devolvernos la aplicación.

Servicios de Salud de Mississippi del Norte (compañía matriz del Centro Médico del Condado Clay, Centro Médico del Norte de Mississippi Centro Médico Regional de Marion, Servicios de Salud de Pontotoc, Servicios de Salud de Tishomingo, Servicios de Salud de Webster, y las Clínicas Incorporadas del Norte de Mississippi) revisará su solicitud para ver si se le puede proporcionar ayuda con sus gastos de hospital o clínica o cargos relacionados.

**En el Estado de Mississippi, una persona menor de 21 años es considerada menor de edad, por lo tanto los padres / tutores legales deben llenar la solicitud con su información financiera, excepto menores emancipados que están casados o son autosuficientes. Para los residentes de Alabama una persona menor de 19 años es considerada menor de edad.**

Para dar consistencia a la política de asistencia financiera la guía de ingresos adjunta será observada. La guía de ingresos junto con la información obtenida en la declaración de crédito se utilizará para tomar la determinación de la caridad.

Por lo general, se considerará un paciente para asistencia financiera si sus ingresos familiares no superan la guía adjunta. Sin embargo, si el ingreso excede estas guías, asistencia parcial todavía puede ser otorgada a discreción de los Servicios de Salud de Mississippi del Norte.

Atentamente,  
Departamento de Asistencia Financiera  
Servicios de Salud de Mississippi del Norte



## **Guías de Ingresos Federales de Pobreza 2017**

**Número de miembros del hogar: ingreso bruto anual**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>12.060</b>	<b>16.240</b>	<b>20.420</b>	<b>24.600</b>	<b>28.780</b>	<b>32.960</b>	<b>37.140</b>	<b>41.320</b>

**Para las familias y los hogares con más de 8 personas, agregue \$4.180 (anual) por cada persona adicional.**



# NORTH MISSISSIPPI HEALTH SERVICES

## SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN DE APOYO

Le pedimos que proporcione **copias** de la siguiente información solicitada dentro de 14 días o contacte la oficina de negocios de NMHS si necesita más tiempo. Por favor complete cada línea si aplica o no para que la aplicación de la caridad pueda ser procesada a tiempo. Si es menor de 21 años (un menor de edad) (o 19 si vive en Alabama), los padres/tutores deben de proporcionar la información. Se le informará por correo una vez que su solicitud sea aprobada o negada

1. TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS MENSUALES PARA EL PACIENTE O CÓNYUGE
  - A. Empleados: dos, talones de pago consecutivos recientes tanto del paciente como del cónyuge o declaración del empleador \_\_\_\_\_
  - B. Desempleados: la prueba de ingreso por desempleo (si no tiene, por favor explique) \_\_\_\_\_
  - C. Carta de Discapacidad (más reciente)-debe tener un comprobante si recibe beneficios \_\_\_\_\_
  - D. Ingresos del Seguro Social-debe tener comprobante de la cantidad depositada \_\_\_\_\_
  - E. Jubilación/pensión-debe tener un comprobante de la cantidad mensual depositada \_\_\_\_\_
  - F. Carta de ayuda financiera estudiantil-recibo detallado de Ayuda Financiera \_\_\_\_\_
  - G. Manutención de los hijos \_\_\_\_\_
2. COPIA COMPLETA DE LA ÚLTIMA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS PRESENTADA \_\_\_\_\_
3. ESTADOS DE CUENTA BANCARIOS-3 MESES CONSECUTIVOS ANTERIORES DE CHEQUES O AHORROS \_\_\_\_\_
4. COPIA DEL RECIBO DE LUZ ACTUAL ENSEÑANDO LA DIRECCION ACTUAL – EXPLIQUE POR FAVOR SI EL RECIBO ESTÁ A NOMBRE DE OTRA PERSONA \_\_\_\_\_
5. CARTA DE RECHAZO DE MEDICAID-o Evaluación de elegibilidad presuntiva: Si ha aplicado para Medicaid y le fue negada debe de enviar una copia de la carta de rechazo o explique por qué no ha aplicado para Medicaid \_\_\_\_\_
6. DISCAPACIDAD – Si ha aplicado para discapacidad y no ha recibido la carta de aprobación, por favor explique el status de dicha aplicación \_\_\_\_\_
7. CARTA DE APOYO (vea la página 5) – Si no tiene ingresos debe de enviar una carta firmada por quien lo esté ayudando económicamente \_\_\_\_\_
8. PROPIEDADES – Debe de declarar todas sus propiedades \_\_\_\_\_

**SI NO SE RECIBE TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA ARRIBA MENCIONADA Y NO DA NINGUNA EXPLICACIÓN, SU APLICACIÓN SERÁ RETRASADA O NEGADA.**

**Puede solicitarse información adicional para procesar la solicitud.**

Por favor enviarla por correo o traer la información requerida a: North Mississippi Medical Center  
Attn: Financial Assistance  
1494 Cliff Gookin Blvd  
Tupelo, MS 38801

Teléfono: (662) 377-3219

Información puede ser enviada por fax a: (662) 377-3318



# NORTH MISSISSIPPI HEALTH SERVICES

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ teléfono # celular \_\_\_\_\_ Home \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Condado \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

**Empleador (dirección y teléfono)** \_\_\_\_\_

Ingresos (brutos) \_\_\_\_\_ ¿Está Discapacitado? \_\_\_\_\_ Si es así ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha solicitado discapacidad? \_\_\_\_\_ Naturaleza de la discapacidad \_\_\_\_\_  
 Puede usted volver al trabajo \_\_\_\_\_ Fecha estimada de regreso \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene cobertura de Medicaid? \_\_\_\_\_ ¿Ha aplicado para Medicaid? \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Nombre \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Salario mensual (bruto) \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL FIADOR (o persona responsable)

Nombre \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
 # Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Empleador del fiador \_\_\_\_\_ Ingreso (bruto) \_\_\_\_\_

**Número de miembros de la familia en casa (si necesita más espacio puede adjuntar una hoja aparte)**

NOMBRE (apellido, primer nombre)	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN

REFERENCIAS DE CRÉDITO	NOMBRE DEL BANCO	SALDO
Cuenta de cheques		
Cuenta de ahorros		
IRA (Retiro Individual)		
Valor casa \$		
Otro valor de bienes raíces		

Por este medio solicito ayuda financiera que será otorgada por servicios recibidos en NMHS. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es precisa y completa y puede usarse por NMHS para determinar la cantidad, si alguna, de ayuda que se concederá. Entiendo que ustedes conservarán esta declaración en un archivo confidencial para referencia futura. Ustedes están autorizados para revisar mi historial de crédito y de empleo. Entiendo y acepto que cualquier declaración falsa o desinformación me descalificará de reciba ayuda financiera. **Estoy de acuerdo en reembolsar a NMHS por cualquier cantidad de ayuda financiera de NMHS si más adelante recibo otras fuentes de pago por terceros para mi enfermedad o lesión. Entiendo que tengo el deber de informar a NMHS si recibo otras fuentes de pago alguno por terceros para mi enfermedad o lesión.**

**La falta de revelación de otras fuentes de pago por terceros resultará en la pérdida de elegibilidad para ayuda financiera**

Firma del Paciente/Fiador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Cónyuge \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\* Los padres/tutores son responsables de cuentas de pacientes menores de 21 (menores de edad) (o 19 si el paciente vive en Alabama) salvo prueba de emancipación.



# NORTH MISSISSIPPI HEALTH SERVICES

## CARTA DE APOYO

FECHA \_\_\_\_\_

NÚMERO FINANCIERO \_\_\_\_\_ FECHAS DE SERVICIO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

El resto del formulario debe de ser llenado por la persona que paga los gastos de  
manutención o ayuda básica para subsistir del paciente.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

TELÉFONO #: Celular \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ proporciono abrigo y ayuda financiera a  
(Nombre de la persona que ayuda al paciente)

\_\_\_\_\_. Le he asistido desde \_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente) (Fecha de inicio)

hasta \_\_\_\_\_.

**Firma** de la persona que proporciona abrigo y ayuda financiera:

\_\_\_\_\_

**POR FAVOR LLENE ESTA FORMA Y REGRÉSELA DENTRO DE 14 DÍAS HÁBILES A:**

**NORTH MISSISSIPPI HEALTH SERVICES  
ATTN: FINANCIAL ASSISTANCE  
1494 CLIFF GOOKIN BLVD  
TUPELO, MS 38801**