



NORTH MISSISSIPPI HEALTH SERVICES

Fecha:

Para:

Número de cuenta:

Asunto: 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 devolvemos 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.

Para ayudarle a completar la aplicación para ayuda financiera, necesitara demostrarnos que usted no tiene derecho a ningún programa gubernamental tal como Medicaid o Medicare o tiene seguro médico u otra cobertura de seguro. Su falta de respuesta, nos hará buscar la forma para que usted pague el balance en su totalidad. Si no responde dentro de 120 días de la fecha del primer recibo por servicios médicos recibidos dará como resultado una mayor actividad de cobro hasta e incluyendo asignarlo a una agencia de cobros.

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



**NORTH MISSISSIPPI
HEALTH SERVICES**

Guías de Ingresos Federales de Pobreza 2018

Número de miembros del hogar: ingreso bruto anual

1	2	3	4	5	6	7	8
12,140	16,460	20,780	25,100	29,420	33,740	38,060	42,380

Para las familias y los hogares con más de 8 personas, agregue \$4,320 (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		

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**