



## NORTH MISSISSIPPI HEALTH SERVICES

Fecha:

Para:

Cuenta n.º:

### **Asunto: Asistencia financiera**

Encontrará adjunta una solicitud de asistencia financiera. Complete toda la información y envíenosla **dentro de los 14 días** junto con **toda la documentación de respaldo solicitada (consulte la página 3)**. **Las solicitudes que se reciban sin los documentos de respaldo serán demoradas o rechazadas.** Puede usar el sobre con franqueo prepago que se adjunta para enviarnos su solicitud.

North Mississippi Health Services (compañía matriz de Clay County Medical Center, North Mississippi Medical Center, Marion Regional Medical Center, Pontotoc Health Services, Tishomingo Health Services, Webster Health Services, Monroe Health Services y North Mississippi Medical Clinics, Inc.) revisará su solicitud para ver si se le puede brindar asistencia con sus costos de hospital o los costos clínicos relacionados.

Para que completemos su solicitud de beneficencia, tendrá que demostrarnos que no tiene derecho a recibir ningún programa gubernamental, como Medicaid o Medicare, ni tiene seguro médico ni otra cobertura de seguro. Si no tenemos novedades de usted, seguiremos pidiéndole a usted que pague todo el saldo de la cuenta. Si no responde en el término de 120 días desde su primera factura de servicios, continuarán las actividades de cobro, lo que incluirá la asignación de su caso a una agencia de cobro externa.

**En el estado de Mississippi, una persona menor de 21 años se considera menor de edad; por lo tanto, los padres/tutores legales deben completar la solicitud con su información financiera, salvo los menores emancipados que estén casados o se mantengan a sí mismos. Para los residentes de Alabama, una persona menor de 19 años se considera menor de edad.**

Para una aplicación constante de la política de asistencia financiera, se respetarán las pautas de ingresos adjuntas. Para realizar la determinación sobre beneficencia, se usarán las pautas sobre ingresos junto con la demás información que se obtenga en el resumen de créditos.

En general, se considera a un paciente para asistencia financiera si sus ingresos por grupo familiar no superan las pautas adjuntas. Sin embargo, si en circunstancias extraordinarias los ingresos superaran estas pautas, igualmente se podría brindar asistencia parcial según el criterio exclusivo de North Mississippi Health Services.

Atentamente,  
Departamento de Asistencia Financiera  
North Mississippi Health Services



**NORTH MISSISSIPPI  
HEALTH SERVICES**

**Pautas de ingresos del nivel de pobreza federal de 2024**

**Cantidad de miembros del grupo familiar: Ingresos brutos anuales**

1	2	3	4	5	6	7	8
22590	30660	38730	46800	54870	62940	71010	79080

Para las familias/los grupos familiares de más de 8 personas, agregue \$4,480 (anual) por cada persona adicional.



## NORTH MISSISSIPPI HEALTH SERVICES

### SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO

Le pedimos que proporcione **copias** de la siguiente información solicitada en un plazo de 14 días o se comunique con la oficina comercial de NMHS si necesita más tiempo. Complete cada línea independientemente de que corresponda o no, para que se pueda procesar su solicitud de beneficencia de forma oportuna. Si es menor de 21 años (menor de edad) (o de 19 años, si vive en Alabama), la información la deben proporcionar sus padres/tutores legales. Le informarán por carta cuando su solicitud esté aprobada o denegada.

1. TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS MENSUALES DEL PACIENTE O SU CÓNYUGE, SEGÚN CORRESPONDA
  - A. Empleado: Dos recibos de sueldo actuales consecutivos, tanto del paciente como del cónyuge o una declaración del empleador \_\_\_\_\_
  - B. Desempleado: Constancia de ingresos por desempleo (si no lo tiene, explique) \_\_\_\_\_
  - C. Carta de discapacidad (más reciente): Debe tener una constancia si está recibiendo beneficios \_\_\_\_\_
  - D. Ingresos por el Seguro Social: Debe tener una constancia del monto depositado \_\_\_\_\_
  - E. Jubilación/Pensión: Debe tener una constancia del monto de los ingresos mensuales \_\_\_\_\_
2. COPIA COMPLETA DE LA ÚLTIMA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS PRESENTADA \_\_\_\_\_
3. COPIA DEL RESUMEN DE CUENTA BANCARIO MÁS RECIENTE \_\_\_\_\_
4. CARTA DE DENEGACIÓN DE MEDICAID (**no corresponde para hombres**) o evaluación de presunción de elegibilidad: Debe enviar una solicitud a Medicaid y, si se la deniegan, debe enviar una copia de su carta de denegación o una carta que indique que usted no es ELEGIBLE para Medicaid para que se procese su solicitud de beneficencia. \_\_\_\_\_
5. DISCAPACIDAD: ¿Ha presentado una solicitud por discapacidad? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Si la respuesta es sí, debe proporcionar una copia de su solicitud o correspondencia que verifique que ha presentado una solicitud y el estado de esta. \_\_\_\_\_
6. CARTA DE MANUTENCIÓN (vea la página 5): Si no tiene fuentes de ingresos, debe enviar una carta firmada por quien lo mantenga económicamente. \_\_\_\_\_
7. TÍTULO DE PROPIEDAD: Debe declarar todas sus propiedades \_\_\_\_\_

**SI NO SE RECIBE TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA MÁS ARRIBA Y NO SE BRINDA UNA EXPLICACIÓN, SU SOLICITUD SE DEMORARÁ O DENEGARÁ.**

**Se podría solicitar información adicional para procesar la solicitud.**

Envíe por correo postal o traiga la información solicitada a: North Mississippi Health Services  
Attn.: Asistencia financiera  
1494 Cliff Gookin Blvd  
Tupelo, MS 38801

Teléfono: (662)377-3219

La información se puede enviar por fax al: (662)377-3318



# NORTH MISSISSIPPI HEALTH SERVICES

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

### **INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre \_\_\_\_\_ N.º del Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ N.º de teléfono celular \_\_\_\_\_ Particular \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Condado \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_  
 Empleador (dirección y n.º de teléfono) \_\_\_\_\_  
 Ingresos (brutos) \_\_\_\_\_ ¿Tiene una discapacidad? \_\_\_\_\_ De ser así, ¿hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha presentado una solicitud por discapacidad? \_\_\_\_\_ Naturaleza de la discapacidad \_\_\_\_\_  
 ¿Puede regresar al trabajo? \_\_\_\_\_ Fecha de regreso calculada \_\_\_\_\_  
 Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene usted cobertura de Medicaid? \_\_\_\_\_ ¿Ha presentado una solicitud de Medicaid? \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE**

Nombre \_\_\_\_\_ N.º del Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Ingresos mensuales (brutos) \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DEL GARANTE (o la parte responsable)**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_  
 N.º del Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Empleador del garante \_\_\_\_\_ Ingresos (brutos) \_\_\_\_\_

**Cantidad de miembros del grupo familiar (si necesita más espacio, puede adjuntar otra hoja)**

**NOMBRE COMPLETO**                      **FECHA DE NACIMIENTO**                      **RELACIÓN**  
 (apellido, nombre)

NOMBRE COMPLETO (apellido, nombre)	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN

### **REFERENCIAS CREDITICIAS**

REFERENCIAS CREDITICIAS	Nombre del banco	Saldo
Cuenta corriente		
Caja de ahorro		
Cuenta de jubilación individual (IRA, por sus siglas en inglés)		
Valor de su casa		
Valor de otros inmuebles		

Por este medio, solicito que se me otorgue asistencia financiera para los servicios recibidos en NMHS. Certifico que la información que se proporciona en esta solicitud es precisa y está completa, y NMHS la puede usar para determinar el monto de la asistencia que se otorgará, si la otorga. Comprendo que conservarán esta declaración en un archivo confidencial para consultarlo en el futuro. Están autorizados a revisar mi historial crediticio y antecedentes laborales. Comprendo y acepto que, si hago una declaración falsa o proporciono información engañosa, me descalificarán y no recibiré asistencia financiera. **Acepto reembolsar a NMHS por los montos que NMHS proporcione como asistencia financiera si más adelante recibo un pago de un tercero por mi enfermedad o lesión. Comprendo que tengo el deber de informar a NMHS si recibo un pago de un tercero por mi enfermedad o lesión. Si no divulgo los pagos de terceros, perderé mi elegibilidad para asistencia financiera y me revertirán la asistencia financiera anteriormente aprobada.**

Firma del paciente/garante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*Los padres/tutores legales son responsables de las facturas de pacientes menores de 21 años (menores de edad) (o de 19 años, si el paciente vive en Alabama), salvo que se proporcione una constancia de emancipación.



**NORTH MISSISSIPPI  
HEALTH SERVICES**

**CARTA DE MANUTENCIÓN**

FECHA \_\_\_\_\_

NÚMERO FINANCIERO \_\_\_\_\_

FECHAS DE SERVICIO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**El resto del formulario lo debe completar la persona que pague los gastos de manutención o que proporcione asistencia de manutención al paciente.**

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

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

N.º DE TELÉFONO: Celular \_\_\_\_\_ Particular \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, proporciono vivienda y asistencia financiera a  
(Nombre de la persona que brinda asistencia al paciente)

\_\_\_\_\_. He proporcionado asistencia desde el \_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente) (Fecha de inicio)

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

**FIRMA** de la persona que proporciona vivienda y asistencia:

\_\_\_\_\_

COMPLETE ESTE FORMULARIO Y ENTRÉGUELO EN UN PLAZO DE 14 DÍAS HÁBILES A:

**NORTH MISSISSIPPI HEALTH SERVICES  
ATTN.: ASISTENCIA FINANCIERA  
1494 CLIFF GOOKIN BLVD  
TUPELO, MS 3880**