

**SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA**

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados en instalaciones y por médicos de MercyOne Genesis

<b>Complete y firme el formulario de solicitud y devuélvalo dentro de los 10 días, junto con copias de lo siguiente:</b>			
<u>Verificaciones obligatorias</u> <input type="checkbox"/> Prueba de ingresos brutos del mes pasado <input type="checkbox"/> Extractos bancarios completos de los últimos dos meses de todas las cuentas bancarias, con todas las páginas incluidas (explicación de depósitos recurrentes) <input type="checkbox"/> Declaraciones de impuestos recientes (formulario 1040 con Anexo C, E o F) o declaraciones de pérdidas y ganancias de tres meses (para trabajadores independientes/dependientes) <u>Proporcione lo siguiente, si corresponde</u> <input type="checkbox"/> W2 reciente para ingresos estacionales <input type="checkbox"/> Beneficio de desempleo/carta de denegación <input type="checkbox"/> Ingresos de manutención infantil/pensión alimentaria <input type="checkbox"/> Sin ingresos: complete la parte de la carta de apoyo financiero de la solicitud			
<b>Información del paciente</b>			
Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	
Número del Seguro Social/EIN (opcional)	Teléfono celular	Otro teléfono	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico	¿De qué estado es residente?		
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro _____			
¿Presenta una declaración de impuestos federales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿por qué?		¿Pueden reclamarlo como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Usted o sus dependientes tenían cobertura de seguro de salud al momento del servicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (proporcione una copia de la tarjeta del seguro)			
¿Es residente documentado de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			
Miembros del hogar, incluido usted mismo, según sus declaraciones de impuestos recientes	Fecha de nacimiento	Vínculo con el paciente	Reclamado en la declaración de impuestos (Sí/No)

**SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA**

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados en instalaciones y por médicos de MercyOne Genesis


<b>Verificación de ingresos de todos los miembros del hogar</b>					
Fuente de ingresos mensuales	¿Quién los recibe?	Ingreso mensual bruto (antes de impuestos)	Fuente de ingresos mensuales	¿Quién los recibe?	Ingreso mensual bruto (antes de impuestos)
Salarios			Indemnización laboral		
Seguro Social/Discapacidad			Desempleo		
Pensión			Manutención infantil/Pensión		
Trabajo independiente			Ingresos por alquiler de terrenos		
Asistencia pública			Otro		

**Carta de apoyo financiero: solo debe completarla por la persona que brinda apoyo**

- Proporciono más del 50% de apoyo para los gastos de manutención del paciente, pero no puedo ayudar con las facturas médicas.
- Al firmar esta carta, verifico que la declaración anterior es correcta y que de ninguna manera seré responsable de las facturas del paciente. Si tiene preguntas, comuníquese conmigo al \_\_\_\_\_ (número de teléfono)

<b>Nombre de la persona que proporciona apoyo</b>	<b>Vínculo con el paciente</b>
<b>Firma de la persona que proporciona apoyo</b>	<b>Fecha</b>

**VERIFICACIÓN DE INGRESOS E IDENTIFICACIÓN**

Certifico que la información incluida en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que la información proporcionada está sujeta a verificación. Seré responsable del reembolso de cualquier servicio prestado en las filiales de MercyOne Genesis si la información anterior se proporciona bajo pretextos falsos.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

O firma del tutor legal (si corresponde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA**

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados en instalaciones y por médicos de MercyOne Genesis

Vínculo con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Envíe su solicitud por correo a la dirección que figura a continuación o envíela por fax al 563-421-3608. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al 563-421-2233.**

MercyOne Genesis Davenport West Medical Center  
Patient Financial Services, Suite 2600  
1401 West Central Park Avenue  
Davenport, IA 52803

**Si sus servicios de atención médica se recibieron en el estado de Illinois, las inquietudes o quejas con el proceso de solicitud de asistencia financiera o el descuento para no asegurados pueden informarse a la Oficina de Atención Médica del Fiscal General de Illinois 1-877-305-5145 / <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>**