

# SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Gracias por elegir MercyOne para sus servicios de atención médica. En reconocimiento a la política de MercyOne de brindar atención médica de calidad a todas las personas, independientemente de su situación financiera, el programa de asistencia financiera de MercyOne brinda asistencia financiera a quienes la necesitan de manera justa y no discriminatoria. Para ayudarnos a determinar si está calificado para recibir asistencia financiera, complete y envíe esta solicitud junto con copias de los documentos solicitados.

Las pacientes de obstetricia pueden calificar para recibir beneficios por medio del estado de Iowa. Comuníquese con Asesoría Financiera si está interesado en obtener información sobre estos programas. La información de contacto se puede encontrar en el Apéndice A.

## Instrucciones para completar la solicitud de asistencia financiera

Envíe copias, ya que los originales no serán devueltos. Se necesita toda la información, tanto del solicitante como del cónyuge, dentro de los 30 días.

- Copia de sus comprobantes/recibos de nómina más recientes.
- Copia de los estados de cuenta completos de los dos últimos meses de todas las cuentas bancarias, con todas las páginas incluidas (explicación de depósitos recurrentes).
- Otras fuentes de ingresos; Seguro Social, pensión, incapacidad, propiedades en alquiler, beneficio por desempleo/carta de denegación, indemnización laboral, manutención infantil, pensión alimenticia, becas escolares, W2 reciente para ingresos temporales.
  1. Si uno o más de los anteriores se aplican a usted, incluya la copia más reciente de la carta de adjudicación.
  2. Si el paciente es menor de edad y no recibe manutención infantil, incluya el comprobante/recibo de nómina más reciente del segundo padre y los impuestos actuales, incluidos todos los anexos.
  3. Si no tiene ingresos, complete la parte titulada Carta de apoyo financiero de la solicitud.
- Copia completa de su declaración de impuestos federales firmada del año anterior, incluidos todos los anexos. Si trabaja por cuenta propia, alquila o tiene ingresos agrícolas, incluya los Anexos C, E y F. Para las personas que trabajan por cuenta propia/dependientes, proporcione una copia de sus declaraciones de pérdidas y ganancias de los tres meses más recientes.
- Copia de las páginas tres y cuatro de este documento (la solicitud de asistencia financiera) con firmas correctas.

MercyOne brindará una respuesta por escrito al solicitante dentro de los 30 días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud completa y la información de respaldo.

**Comuníquese con Asesoría Financiera si tiene preguntas sobre la solicitud o sobre el estado de su solicitud. La información de contacto de Asesoría Financiera se encuentra en el Apéndice A junto con las direcciones postales.**

**SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA**  
**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados en instalaciones y por médicos de Trinity Health  
 [For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

**Información de contacto**

<b>Ministerio de Salud</b>	<b>Envíe la solicitud y otros documentos por correo postal a:</b>	<b>N.º de teléfono</b>	<b>N.º de fax</b>
Cedar Falls	MercyOne Attention: Financial Counselor 3421 West 9th Street, Waterloo, IA 50702	319-272-0044 o 1-800-728-0159	319-272-5757
Clinton	MercyOne Clinton Medical Center Attention: Financial Counselor 1410 N. 4th St., Clinton, IA 52732	563-244-5678	563-244-3523
Des Moines / West Des Moines	Patient Business Service Center 20555 Victor Pkwy, Livonia MI, 48152	734-343-3065	313-334-3271
Des Moines Clinic	MercyOne Medical Group 405 SW 5 <sup>th</sup> Street Ste E, Des Moines, IA, 50309	515-643-2519	515-358-7294
Dubuque	MercyOne Dubuque Medical Center Attention: Financial Counselor 250 Mercy Dr, Dubuque, IA 52001	563-589-8913 o 563-589-9066	563-589-9029
Dyersville	MercyOne Dubuque Medical Center Attention: Financial Counselor 250 Mercy Dr, Dubuque, IA 52001	563-589-8913 o 563-589-9066	563-589-9029
Newton	Patient Business Service Center 20555 Victor Pkwy, Livonia MI, 48152	734-343-3065	313-334-3271
New Hampton	MercyOne North Iowa Medical Center Patient Access Attention: Financial Counselor 1000 4th Street SW, Mason City, IA 50401	641-428-3029 o 641-428-7824	641-428-7886
North Iowa (Mason City)	MercyOne North Iowa Medical Center Patient Access Attention: Financial Counselor 1000 4th Street SW, Mason City, IA 50401	641-428-3029 o 641-428-7824	641-428-7886
Oelwein	MercyOne Attention: Financial Counselor 3421 West 9th Street, Waterloo, IA 50702	319-272-0044 o 1-800-728-0159	319-272-5757
Primghar	MercyOne Siouxland Attention: Financial Counselor PO Box 3168, Sioux City, IA 5110	712-957-2300	712-957-0030
Siouxland	MercyOne Siouxland Attention: Financial Counselor PO Box 3168, Sioux City, IA 5110	712-279-2323	712-279-2769
Waterloo	MercyOne Attention: Financial Counselor 3421 West 9th Street, Waterloo, IA 50702	319-272-0044 o 1-800-728-0159	319-272-5757

**SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA**  
**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados en instalaciones y por médicos de Trinity Health  
 [For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

**Complete y firme el formulario de solicitud y devuélvalo dentro de los 10 días, junto con copias de lo siguiente:**  
**[Please complete and sign application form and return within 10 days including copies of the following:]**

Verificaciones obligatorias [Required Verifications]

- Prueba de ingresos brutos del mes pasado [Past One month Proof of Gross Income]
- Extractos bancarios completos de los últimos dos meses de todas las cuentas bancarias, con todas las páginas incluidas (explicación de depósitos recurrentes) [Past Two months Complete Bank Statements for all bank accounts, with all pages included (explanation for recurring deposits)]
- 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) [Recent Tax Returns (1040 form with Schedule C, E or F) or Three Months Profit and Loss Statements (for self-employed/dependents)]

Proporcione lo siguiente, si corresponde [Provide the following, If applicable]

- W2 reciente para ingresos estacionales [Recent W2 for Seasonal Income]
- Beneficio de desempleo/carta de denegación [Unemployment Benefit/ Denial letter]
- Ingresos de manutención infantil/pensión alimentaria [Child Support Income/Alimony]
- Sin ingresos: complete la parte de la carta de apoyo financiero de la solicitud [No Income – Complete Letter of Financial Support portion of the application]

**Información del paciente [Patient Information]**

Nombre del paciente [Patient Name]		Fecha de nacimiento [Date of Birth]	
Número del Seguro Social/EIN (opcional) [Social Security/EIN Number (optional)]	Teléfono celular [Mobile Phone]	Otro teléfono [Other Phone]	
Dirección postal [Mailing Address]	Ciudad [City]	Estado [State]	Código postal [ZIP code]
Dirección de correo electrónico [Email Address]	¿De qué estado es residente? [Of what state are you a resident?]		
Estado civil [Marital status] <input type="checkbox"/> Soltero/a [Single] <input type="checkbox"/> Casado/a [Married] <input type="checkbox"/> Divorciado/a [Divorced] <input type="checkbox"/> Otro [Other] _____			
¿Presenta una declaración de impuestos federales? [Do you file a Federal Tax Return?] <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No] Si la respuesta es no, ¿por qué? [If no, why?]		¿Pueden reclamarlo como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? [Can you be claimed as dependent on someone else's tax return?] <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No]	

**SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA**  
**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados en instalaciones y por médicos de Trinity Health  
 [For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

¿Usted o sus dependientes tenían cobertura de seguro de salud al momento del servicio? [Did you or your dependents have health insurance coverage at the time of service?] <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No] (proporcione una copia de la tarjeta del seguro) [(Provide Insurance card copy)]			
¿Es residente documentado de los Estados Unidos? [Are you a documented resident of the United States?] <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No] <input type="checkbox"/> Prefiero no responder [Prefer Not to Answer]			
Miembros del hogar, incluido usted mismo, según sus declaraciones de impuestos recientes [Household Members, including yourself based on your recent Tax Returns]	Fecha de nacimiento [Date of Birth]	Vínculo con el paciente [Relationship to Patient]	Reclamado en la declaración de impuestos (Sí/No) [Claimed on Tax Return (Yes/No)]

**Verificación de ingresos de todos los miembros del hogar [Income Verification for all household members]**

Fuente de ingresos mensuales [Monthly Income Source]	¿Quién los recibe? [Who receives this?]	Ingreso mensual bruto (antes de impuestos) [Gross Monthly Income (before taxes)]	Fuente de ingresos mensuales [Monthly Income Source]	¿Quién los recibe? [Who receives this?]	Ingreso mensual bruto (antes de impuestos) [Gross Monthly Income (before taxes)]
Salarios [Wages]			Indemnización laboral [Worker's Compensation]		
Seguro Social/Discapacidad [Social]			Desempleo [Unemployment]		
Pensión [Pension]			Manutención infantil/Pensión alimentaria [Child Support/Alimony]		
Trabajo independiente [Self-Employment]			Ingresos por alquiler de terrenos [Rental Land Income]		
Asistencia pública			Otro [Other]		

**SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA**  
**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

Para servicios hospitalarios y profesionales proporcionados en instalaciones y por médicos de Trinity Health  
[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

**Carta de apoyo financiero: solo debe completarla por la persona que brinda apoyo [Letter of Financial Support - Should only be completed by the person providing support]**

- Proporciono más del 50% de apoyo para los gastos de manutención del paciente, pero no puedo ayudar con las facturas médicas. [I provide more than 50% support for the patient's living expenses, but I am unable to help with medical bills.]
  
- 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) [By signing this letter, I verify that the above statement is correct and that I will in no way be held liable for the patient's bills. If you have questions, please contact me at \_\_\_\_\_ (Phone Number)]

**Nombre de la persona que proporciona apoyo [Name of person providing support]**

**Vínculo con el paciente [Relationship to Patient]**

**Firma de la persona que proporciona apoyo [Signature of person providing support]**

**Fecha [Date]**

**VERIFICACIÓN DE INGRESOS E IDENTIFICACIÓN [VERIFICATION OF INCOME AND IDENTIFICATION]**

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 Trinity Health si la información anterior se proporciona bajo pretextos falsos. [I certify that the information listed in this application is true and complete to the best of my knowledge. I understand that the information provided is subject to verification. I will be responsible for repayment of any services provided at Trinity Health affiliates if the above information is provided under false pretenses.]

Firma del paciente [Signature of Patient]: \_\_\_\_\_  
Fecha [Date]: \_\_\_\_\_

O firma del tutor legal (si corresponde) [Or Signature of Legal Guardian (If Applicable)]: \_\_\_\_\_

Fecha [Date]: \_\_\_\_\_

Vínculo con el paciente [Relationship to Patient]: \_\_\_\_\_  
Fecha [Date]: \_\_\_\_\_