



Solicitud del Programa de Asistencia Financiera Mercy

Fecha:

Nombre del responsable:

Dirección:

Ciudad y Estado:

Número(s) de cuenta:

Mercy se esfuerza por ayudar a los pacientes y familias que realmente no pueden cumplir con sus obligaciones financieras por los servicios médicos prestados. Ofrecemos evaluaciones de Medicaid, un Programa de Asistencia Financiera y tarifas con descuento para pacientes sin seguro que no califican para el Programa de Asistencia Financiera. Préstamos sin intereses y opciones de pago a largo plazo también están disponibles.

Si algún miembro del hogar incluido en la solicitud de asistencia financiera **no tiene seguro** y solicita asistencia financiera, le pedimos que se comunique con nuestro servicio de detección de Medicaid al **1-855-420-7900** para determinar la elegibilidad de Medicaid. Si es elegible, le ayudaremos a presentar su solicitud. Se requiere que todos los pacientes sin seguro llamen a la línea de detección antes de presentar esta solicitud.

Si está asegurado o ya ha sido examinado, proporcione **todos los** documentos en la lista de verificación a continuación:

- Solicitud de asistencia financiera (siguiente página de este documento)
- Una copia completa de los años más actuales requiere la presentación de la declaración de impuestos federales, incluidos todos los formularios y anexos, para **todos los** miembros incluidos en la solicitud de asistencia financiera
 - Si no presenta el impuesto federal sobre la renta, complete el formulario 4506-T (Prueba de no presentación) adjunto a esta solicitud.
 - a. Complete la parte superior del formulario
 - b. Firme en la parte inferior del formulario y devuélvalo con la solicitudEste formulario proporciona prueba de que no presenta impuestos sobre la renta y está obligado a procesar su solicitud de asistencia financiera.
- Copias de la prueba de ingresos de **todos los** miembros del hogar incluidos en la solicitud de asistencia financiera.
 - Fuentes de ingresos que incluyen Intereses, Salario (**se necesitan 60 días de talones de pago**), Alquiler, Pensión Alimenticia, Pensiones, Discapacidad, Dividendos, Seguro Social (necesitamos la carta de beneficios más reciente), Carta de Beneficios de Desempleo, Manutención Infantil, Subvenciones Estudiantiles, Compensación de Trabajadores, Asistencia Pública

- Si no tiene ingresos, proporcione una Declaración de apoyo firmada por quien esté brindando su apoyo. Puede proporcionar una carta manuscrita o utilizar el formulario adjunto.
- Si trabaja por cuenta propia y tiene ingresos comerciales, necesitaremos una hoja de cálculo / estado de **cuenta de pérdidas y ganancias** del año hasta la fecha para el año en curso.

Si no se reciben **TODOS los** documentos solicitados, es posible que no podamos procesar su solicitud de asistencia financiera. Asegúrese de devolver **TODOS** los documentos solicitados dentro de los 15 días. Si no se reciben todos los documentos solicitados en ese plazo, continuaremos con nuestro proceso normal de recopilación.

Para leer más sobre lo que podría cubrirse si es aprobado, cómo se aplicará y más sobre nuestras políticas de Asistencia Financiera, visite www.mercy.net/assistance

TODOS los campos **deben** completarse para que se procese la solicitud; indique n/a en todos los campos que no se aplican

| Información del Responsable | | | | | |
|--|----------|--|--|--|--|
| Nombre del responsable: | | Fecha de Nacimiento: | | Número de teléfono: | Número de cuenta: |
| Dirección postal actual | | | Ciudad, Estado, Código postal | Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Legalmente separados <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) | Tamaño de la familia: *Complete la Sección del Hogar a continuación |
| Nombre del empleador: Años empleados: | | Trabajador por cuenta propia: Años empleados: | | Dirección de correo electrónico: | |
| Información del Hogar | | | | | |
| Adjunte una hoja separada para miembros adicionales del hogar, incluidos todos los documentos requeridos | | | | | |
| Nombre y Apellido | Relación | Fecha de Nacimiento & Número de Seguro Social / ITIN | Empleado | Estudiante a tiempo completo | Ingreso mensual bruto si tiene 18 años o más – Marque todas las formas de ingreso aplicables e indique el monto total recibido de todas las fuentes (Documentos para cada fuente de ingresos requeridos) |
| | Propio | <input type="checkbox"/> No Número de Seguro Social / ITIN | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Pensión(es) <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Asistencia del Gobierno <input type="checkbox"/> Otro |

Información del Hogar

Adjunte una hoja separada para miembros adicionales del hogar, incluidos todos los documentos requeridos

| Nombre y Apellido | Relación | Fecha de Nacimiento & Número de Seguro Social / ITIN | Empleado | Estudiante a tiempo completo | Ingreso mensual bruto si tiene 18 años o más – Marque todas las formas de ingreso aplicables e indique el monto total recibido de todas las fuentes (Documentos para cada fuente de ingresos requeridos) |
|-------------------|----------|--|--|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> No Número de Seguro Social / ITIN | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Pensión(es) <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Asistencia del Gobierno <input type="checkbox"/> Otro |
| | | <input type="checkbox"/> No Número de Seguro Social / ITIN | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Pensión(es) <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Asistencia del Gobierno <input type="checkbox"/> Otro |
| | | <input type="checkbox"/> No Número de Seguro Social / ITIN | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Pensión(es) <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Asistencia del Gobierno <input type="checkbox"/> Otro |
| | | <input type="checkbox"/> No Número de Seguro Social / ITIN | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Pensión(es) <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Asistencia del Gobierno <input type="checkbox"/> Otro |
| | | <input type="checkbox"/> No Número de Seguro Social / ITIN | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Pensión(es) <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Asistencia del Gobierno <input type="checkbox"/> Otro |
| | | <input type="checkbox"/> No Número de Seguro Social / ITIN | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Pensión(es) <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Asistencia del Gobierno <input type="checkbox"/> Otro |

Si su situación financiera ha cambiado en los últimos 12 meses, explique a continuación.

Declaro que la información proporcionada es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Yo, como pagador y firmante de este formulario; Certificar el número de seguro social proporcionado para ser mi número de seguro social individual asignado legalmente.

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------|-------|
| Firma del paciente/Parte Responsable | Número de Seguro Social | Fecha |
| _____ | _____ | _____ |
| Firma del paciente/Co-Solicitante | Número de Seguro Social | Fecha |
| _____ | _____ | _____ |

Se le notificará por carta la determinación de la solicitud. Si necesita ayuda para completar su solicitud o tiene preguntas, envíe una consulta a través de nuestro centro de mensajería de servicio al cliente MyMercy o contáctenos al 1-855-420-7900 (de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 7 p.m. hora central).

Por favor envíe su solicitud y todos los documentos de respaldo a uno de los siguientes:



Mercy Health
Atención: Asistencia Financiera
1570 W. Battlefield, Suite 120
Springfield, MO 65807
(Solo dirección postal)



Fax: 417-829-4604



Correo electrónico:
MercyPatientServ@Mercy.net
Adjuntar como documento PDF
Incluya: Cuenta #; Nombre; Fecha
Fecha de Nacimiento

Mercy
1570 W Battlefield Suite 120, Springfield, MO 65807

Declaración de Manutención

Esta carta debe ser llenada por la persona que suministra a nuestro paciente con vivienda y otros gastos de manutención.

Yo verifico que _____ no está actualmente empleado(a) y no recibe ingresos de ninguna fuente. Última fecha de empleo _____.

Yo, _____ Actualmente proporciono gastos mensuales básicos.

Yo calculo que pago \$ _____ en gastos mensuales.

Yo he proporcionado estos puntos desde _____.

¿Dónde y con quién vive el paciente? Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Marque todos los que apliquen

Yo actualmente:

Proporciono su vivienda en mi casa o en mi propiedad.

Proporciono sus utilidades.

Proporciono su comida.

Gastos médicos (citas con el doctor, medicamento)

Otros acreedores

 Yo estoy relacionado al paciente (padre, abuelo, hermana, hermano, otro _____)

Soy amigo(a) del paciente

El paciente hace lo siguiente:

Se encarga de mi propiedad.

Hace trabajo de yarda u otro tipo de mantenimiento

Cuida niños

Ocasionalmente ayuda a pagar ciertos cobros.

No puede ayudar a nada debido a su condición médica.

Otro _____

Firma de la persona quien ayuda al paciente

Fecha

Domicilio

Teléfono#

Form **4506T-EZ(SP)**

(June 2019)

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Formulario Abreviado de Solicitud de Transcripción de la Declaración de Impuestos Individual

OMB No. 1545-2154

► La solicitud no se tramitará si el formulario está incompleto o ilegible.

► Para obtener más información sobre el Formulario 4506T-EZ(SP), visite www.irs.gov/form4506tezsp.

Consejo. Utilice el Formulario 4506T-EZ(SP) para ordenar sin costo alguno una transcripción de la declaración de impuestos de la serie de Formularios 1040, o puede solicitar rápidamente las transcripciones utilizando nuestras herramientas del servicio de autoayuda automatizado. Por favor, visítenos en www.irs.gov/espanol y pulse en "Ordene una Transcripción..." o llame al 1-800-908-9946.

| | |
|--|--|
| <p>1a Nombre mostrado en la declaración de impuestos. Si es una declaración conjunta, escriba el nombre que se muestra primero.</p> | <p>1b El primer número de Seguro Social o número de identificación del contribuyente individual que se muestra en la declaración de impuestos</p> |
| <p>2a Si es una declaración conjunta, escriba el nombre del cónyuge mostrado en esa declaración de impuestos.</p> | <p>2b El segundo número de Seguro Social o número de identificación del contribuyente individual, si es una declaración de impuestos conjunta</p> |
| <p>3 Nombre, dirección (incluyendo número de apartamento, habitación u oficina), ciudad, estado y código postal actual (consulte las instrucciones)</p> | |
| <p>4 Dirección anterior mostrada en la última declaración presentada, si es diferente de la línea 3 (consulte las instrucciones)</p> | |
| <p>5 Número de archivo del cliente (si corresponde) (consulte las instrucciones)</p> | |

Nota: A partir de julio de 2019, el IRS enviará las solicitudes de transcripciones de impuestos sólo a su dirección de registro. Consulte **Qué hay de nuevo bajo Acontecimientos Futuros** en la Página 2 para obtener información adicional.

6 Año(s) solicitado(s). Escriba el (los) año(s) de la transcripción de la declaración que solicita (por ejemplo, "2008"). La mayoría de las solicitudes se tramitarán dentro de 10 días laborables.

Nota: Si el IRS no puede localizar una declaración que concuerda con la información de identidad del contribuyente proporcionada en la parte superior, o si los registros del IRS indican que la declaración no ha sido presentada, el IRS le notificará a usted o al tercero que no se pudo localizar una declaración de impuestos o que una declaración no fue presentada, lo que corresponda.

Precaución. No firme este formulario a menos que todas las líneas aplicables hayan sido completadas.

Firma(s) del (de los) contribuyente(s). Yo declaro que soy el contribuyente cuyo nombre se muestra en la línea 1a o 2a. Si la solicitud corresponde a una declaración conjunta, cualquiera de los cónyuges puede firmar. **Nota:** El IRS tiene que recibir este formulario dentro de 120 días a partir de la fecha de la firma.

El(la) suscrito(a) certifica que ha leído la cláusula de atestación y tras leerla declara que tiene la autoridad para firmar el Formulario 4506T-EZ(SP). Consulte las instrucciones

Número de teléfono del contribuyente que aparece en la línea **1a** o **2a**

| | | |
|-------------------|---|--------------|
| Firme Aquí | <p>► Firma (consulte las instrucciones)</p> | <p>Fecha</p> |
| | <p>► Firma del cónyuge</p> | <p>Fecha</p> |