

Solicitud de asistencia financiera

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Como parte de nuestra misión, Metro Health se compromete a brindar acceso a atención de salud de calidad a nuestra comunidad, y a tratar a todos nuestros pacientes con dignidad, compasión y respeto.

Nuestro Programa de asistencia financiera ofrece servicios sin costo, o a precios con descuentos significativos, a pacientes elegibles que no pueden pagar parte o la totalidad de su atención. En nuestro Programa de asistencia financiera se descuenta hasta el 100 por ciento de los cargos del hospital/médico a los pacientes que cumplen con las pautas de elegibilidad financiera.

Al solicitar asistencia financiera, su cooperación es necesaria para brindar la información y la documentación de respaldo necesarias para que nosotros podamos tomar una decisión justa y oportuna. Si usted no proporciona información completa y exacta, su solicitud puede ser rechazada o denegada sin mayor revisión, en cuyo caso se esperará que usted pague la totalidad de su factura.

Dada la naturaleza sensible de estas solicitudes, toda comunicación con el paciente o los miembros de su familia se manejará de manera estrictamente confidencial y compasiva.

Gracias por elegir a Metro Health para sus necesidades de atención médica. ¡Nos enorgullecemos de atender las necesidades de atención médica de nuestra comunidad!

Este formulario de solicitud está disponible en inglés, español, árabe, bosnio, birmano, chino mandarín, nepalés, kinyarwanda, coreano, somalí, swahili y vietnamita

Se le hace llegar esta Solicitud de asistencia financiera para que la complete, a fin de que podamos determinar si califica para nuestro Programa de asistencia financiera.

COMPLETAR ESTE FORMULARIO NO GARANTIZA QUE USTED SEA ELEGIBLE

Si usted no completa este paquete de solicitud o si lo devuelve sin la documentación de respaldo solicitada, nosotros no podremos determinar si usted califica para nuestro Programa de asistencia financiera. En ese caso, usted será responsable del saldo completo de su cuenta.

Si necesita ayuda para completar este formulario o reunir los materiales de respaldo, comuníquese con un representante de Servicio al Cliente de Metro Health al [616-252-7110](tel:616-252-7110) o [1-800-968-0051](tel:1-800-968-0051).

Para determinar si usted califica para nuestro Programa de asistencia financiera, devuelva la siguiente documentación de respaldo con este paquete completado:

- ✓ Una copia de identificación con foto (licencia de conducir estatal/identificación estatal).
- ✓ Formulario 1040 de declaración federal de impuestos a la renta del año anterior, con todos los formularios W-2 o 1099.
- ✓ Talones de pago de las últimas dos semanas con totales del año a la fecha, o talones de pago de los últimos dos meses sin totales del año a la fecha (si se le paga en efectivo sin talones de pago, provea verificación escrita del empleador).
- ✓ Prueba de ingresos de todas las demás fuentes como compensación de desempleo, ingresos por discapacidad, ingresos de alquiler, pensiones, anualidades, pagos de intereses, etc.
- ✓ Si actualmente recibe beneficios del Seguro Social, una copia de su carta de «monto de beneficios».
- ✓ Copias de estados de cuenta para cuentas corrientes, de ahorros, certificados de depósito, etc. de los últimos dos meses.
- ✓ Una copia de una factura de servicios públicos actual, una factura de teléfono o de televisión por cable de la residencia en la que vive.
- ✓ Si usted es estudiante, una lista de los créditos/clases del semestre actual y una copia de su identificación de estudiante.
- ✓ Si usted reporta un ingreso de \$0 en la siguiente página, una declaración de pensión completada (al final del formulario) de cualquier persona que le brinda una pensión a usted o a su familia.

👉 **NOTA:** El nombre que aparece en la identificación con foto del paciente debe ser el mismo nombre que aparecen en los talones de pago y en los formularios de impuestos.

Devuelva esta solicitud completada y la documentación de respaldo solicitada lo antes posible. No se revisará la solicitud hasta que se haya proporcionado toda la documentación de respaldo requerida.

Comuníquese con un representante de Servicio al Cliente de Metro Health llamando al número anterior para programar una entrevista personal o telefónica.

La Ley de protección al paciente y cuidado de salud asequible exige que todas las personas cuenten con cobertura de seguro de salud a partir del 1 de enero de 2014. Nuestros representantes de Metro le brindarán información sobre cómo puede solicitar cobertura de seguro de salud mediante el intercambio de seguro federal en www.marketplace.gov y pueden ayudarlo durante el proceso de inscripción.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

IMPRIMA Y ASEGÚRESE DE BRINDAR TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

N.º del Seguro Social del paciente: _____

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento del cónyuge: _____

N.º del Seguro Social del cónyuge: _____

Teléfono: _____ Número de cuenta del paciente: _____

Dirección: _____ Depto. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Miembros del hogar (dependientes fiscales legales)

Casado(a) _____ Soltero(a) _____ Divorciado(a) _____ Viudo(a) _____

Nombre: _____ Relación: _____ N.º del Seguro Social _____ Edad: _____

Nombre: _____ Relación: _____ N.º del Seguro Social _____ Edad: _____

Nombre: _____ Relación: _____ N.º del Seguro Social _____ Edad: _____

Nombre: _____ Relación: _____ N.º del Seguro Social _____ Edad: _____

Nombre: _____ Relación: _____ N.º del Seguro Social _____ Edad: _____

Nombre: _____ Relación: _____ N.º del Seguro Social _____ Edad: _____

Si no percibe ingresos, ¿quién lo mantiene? _____

Relación: _____ Número de teléfono: (____) _____

Gastos aplicables:

Primas de seguro médico: \$	Facturas/gastos médicos: \$
-----------------------------	-----------------------------

Solicitud de asistencia financiera (Continuación)

¿Algún miembro de la familia recibe ingresos de empleo o trabajo independiente? Si trabaja independientemente, incluya la declaración de ganancias y pérdidas o una copia de la declaración de impuestos del año pasado. [] Sí [] No Si la respuesta es afirmativa, complete lo siguiente	Ganancias mensuales totales antes de deducciones
Persona que trabaja	\$
Persona que trabaja	\$

Otros ingresos que tenga. Incluya los ingresos de todos los miembros de la familia. Debe completarse cada punto.

TIPO DE INGRESO	Marque Sí/No	CUENTA MENSUAL	DUÑO DEL INGRESO
Beneficios del Seguro Social (RSDI)	[] Sí [] No	\$	
Ingresos de seguridad complementarios (SSI)	[] Sí [] No	\$	
Beneficios de jubilación o pensión	[] Sí [] No	\$	
Beneficios para veteranos	[] Sí [] No	\$	
Beneficios por discapacidad	[] Sí [] No	\$	
Ingresos por alquiler	[] Sí [] No	\$	
Compensación a los trabajadores	[] Sí [] No	\$	
Manutención para niños o pensión alimenticia	[] Sí [] No	\$	
Compensación por desempleo	[] Sí [] No	\$	
Asignaciones militares	[] Sí [] No	\$	
Participación/distribución en/de las ganancias de un casino	[] Sí [] No	\$	
Otro	[] Sí [] No	\$	

Activos que usted tiene: Incluya los activos de todos los miembros de la familia. Debe completarse cada punto. **Adjunte toda la documentación de respaldo.**

TIPO DE ACTIVO	Marque Sí/No	VALOR DEL ACTIVO
Efectivo a la mano, en una caja fuerte o en un fondo de fideicomiso del paciente	[] Sí [] No	\$
Cuentas de ahorros, corrientes o de cooperativa de crédito	[] Sí [] No	\$
Hogar, dominio vitalicio, arrendamiento de por vida	[] Sí [] No	\$
Bienes inmuebles (aparte de su hogar)	[] Sí [] No	\$
Hipoteca, contrato de compraventa de tierras u otros efectos por pagar al miembro del hogar	[] Sí [] No	\$
Bonos de ahorro o fondos del mercado monetario	[] Sí [] No	\$
Acciones y fondos mutuos	[] Sí [] No	\$
**IRA, KEOGH, 401K, 403b o cuentas de compensación diferida	[] Sí [] No	\$
**IRA/401K/403b multa por información de retiro temprano		
Fecha en la que empezó a aportar/participar en IRA, KEOGH, 401K, 403b o cuentas de compensación diferida	Fecha:	
Seguro de vida (a término)		\$
Anualidad	[] Sí [] No	\$
Automóviles, camiones, botes, motocicletas, otros vehículos (enumere cada uno por separado) Indique marca, modelo, año y kilometraje para cada uno.	[] Sí [] No [] Sí [] No [] Sí [] No [] Sí [] No	\$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____
Certificados de depósito (CD) o certificados de ahorros	[] Sí [] No	\$
Fideicomiso	[] Sí [] No	\$
¿Ha pagado gastos médicos que superan el 7,5% de sus ingresos brutos ajustados este año?	[] Sí [] No	
Sepultura	[] Sí [] No	

CERTIFICACIÓN

Por la presente certifico que la información que he brindado en esta solicitud y la documentación de respaldo requerida son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia federal, estatal o local para la cual sea elegible para pagar mi atención médica. Entiendo que Metro Health Hospital puede verificar la información provista, y autorizo a Metro Health Hospital a comunicarse con terceros para verificar la exactitud de la información que he proporcionado. Entiendo que, si a sabiendas proporciono información inexacta o incompleta en esta solicitud, es posible que no sea elegible para recibir asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que reciba puede ser revertida, y seré responsable del pago de mis facturas médicas.

Firma del solicitante _____ Fecha de la solicitud _____

Puede presentar su solicitud completada y la documentación de respaldo antes del:

- Entregue los materiales personalmente a:
 - Un representante de Metro Health
 - Al Asesor financiero o cajero en la recepción de Metro Health Hospital o cualquier mostrador de registro de pacientes.
- Envíe por correo el material a Metro Health Hospital, con atención a: Customer Service, PO Box 913 Wyoming, MI 49509-0913
- Envíe los materiales a CustomerService@metrogr.org.

DECLARACIÓN DE APOYO

Si usted declara ingresos mensuales de \$0, pida a las personas que los mantienen a usted y a su familia que llenen la Declaración de apoyo. En todos los demás casos, omita esta sección.

Declaración de apoyo

(Debe ser completada por la persona que brinda pensión al solicitante)

Nombre completo en letra de imprenta: _____ N.º teléfono (_____) _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

El solicitante me ha identificado como la persona que le brinda apoyo financiero. A continuación, presento una lista de servicios de apoyo que brindo al solicitante.

Por la presente, certifico y verifico que toda la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que mi firma no supondrá una responsabilidad financiera por los cargos médicos del paciente.

Firma: _____

*** Adjunte una evidencia de residencia, como una copia de una factura de servicios públicos, que indique su dirección actual, con una fecha que esté dentro de los 60 días posteriores a la fecha del servicio