



## NORTH MISSISSIPPI HEALTH SERVICES

Fecha:

A:

Numero de cuenta

### **Re: Asistencia Financiera**

Adjunto encontrará una solicitud de asistencia financiera. Complete toda la información y envíenosla por correo **dentro de los 14 días** junto con **todo el apoyo solicitado. Documentación** ( ver pagina 3 ) . **Las solicitudes que se reciban sin documentos de respaldo resultarán en demoras o negaciones.** Puede usar el sobre con franqueo pagado adjunto para enviarnos su solicitud .

Servicios de Salud del Norte de Mississippi (Corporación de Padres del Centro Médico del Condado de Clay, Centro Médico del Norte de Mississippi, Centro Médico Regional de Marion , Pontotoc Health Service s , Tishomingo Health Service s , Webster Health Services , Monroe Health Services y North Mississippi Medical Clinics, Inc. revisarán su solicitud para ver si se puede brindar asistencia con respecto a los cargos de su hospital y / o los cargos de la clínica relacionada .

Para que podamos completar su Solicitud de Caridad , deberá demostrarnos que no tiene derecho a ningún programa gubernamental como Medicaid o Medicare o que tiene algún seguro de salud u otra cobertura de seguro . Si no recibimos noticias tuyas , continuaremos recurriendo a usted para pagar el saldo de la cuenta en su totalidad. Si no responde dentro de los 120 días posteriores a su primera factura por servicios, se producirán más actividades de cobro, incluida la asignación a una agencia de cobro externa.

**En el estado de Mississippi, una persona menor de 21 años se considera menor de edad, por lo que los padres / tutores legales deben completar la solicitud utilizando su información financiera , excepto los menores emancipados que estén casados o sean autosuficientes. Para los residentes de Alabama, una persona menor de 19 años se considera menor de edad.**

Con el fin de dar coherencia a la política de asistencia financiera, se observará la pauta de ingresos adjunta. La información obtenida en la declaración de crédito se utilizará para hacer la determinación de caridad.

Generalmente, un paciente será considerado para recibir asistencia financiera si el ingreso de su hogar no excede el pauta adjunta . Sin embargo, si, en circunstancias extraordinarias, los ingresos superan estas pautas, la asistencia parcial puede otorgarse a discreción exclusiva de North Mississippi Health Services .

Sinceramente,

Departamento de Asistencia Financiera

Servicios de Salud del Norte de Mississippi



**NORTH MISSISSIPPI  
HEALTH SERVICES**

**Pautas federales de ingresos de pobreza de 2019**

**Número de miembros del hogar: Ingreso Bruto Anual**

1	2	3	4	5	6	7	8
12490	16910	21330	25750	30170	34590	39010	43430

**Para las familias / hogares con más de 8 personas, agregue \$ 4,320 (anual) por cada persona adicional.**



## NORTH MISSISSIPPI HEALTH SERVICES

### SOLICITUD DE DOCUMENTACION DE APOYO

Le pedimos que nos proporcione copias de la siguiente información solicitada dentro de los 14 días o ponerse en contacto con la oficina de negocios SMHN si se necesita más tiempo. Complete cada línea, ya sea que se aplique o no, para que su solicitud de caridad pueda procesarse a tiempo. Si es menor de 21 años de edad (menor de edad) (o 19 si vive en Alabama), la información debe ser de los padres/tutores legales. Se le informará por carta una vez que su solicitud sea aprobada o rechazada.

1. TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS MENSUALES DEL PACIENTE Y / O CONYUGE
  - A. Empleado: dos recibos consecutivos de su sueldo actual, tanto del paciente como del cónyuge o Declaración del empleador \_\_\_\_\_
  - B. Desempleados: comprobante de ingresos por desempleo (si no hay ninguno, explique) \_\_\_\_\_
  - C. Carta de incapacidad (la más reciente): debe tener comprobante si recibe beneficios \_\_\_\_\_
  - D. Ingreso del Seguro Social: debe tener comprobante de la cantidad depositada \_\_\_\_\_
  - E. Jubilación / Pensión: debe tener comprobante de ingresos mensuales \_\_\_\_\_
2. COPIA COMPLETA DE LA ÚLTIMA PRESENTACIÓN DE LOS INGRESOS DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA ( Income Tax) \_\_\_\_\_
3. COPIA DE LA DECLARACIÓN BANCARIA MÁS RECIENTE \_\_\_\_\_
4. CARTA DE DENEGACIÓN DE MEDICAID ( **No aplicable para hombres** ) o evaluación presuntiva de elegibilidad: Debe solicitar Medicaid y, si se le niega, debe enviar una copia de su carta de denegación o una carta que indique que no es ELEGIBLE para Medicaid antes de que se procese su solicitud de caridad. \_\_\_\_\_
5. Discapacidad: usted ha aplicado por discapacidad? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Si es así, usted debe proporcionar una copia de su solicitud o correspondencia que verifique que ha solicitado y su condición. \_\_\_\_\_
6. LETRA DE APOYO ( consulte la página 5 ) : si no tiene medios para obtener ingresos, debe enviar una carta firmada por quien lo esté apoyando financieramente . \_\_\_\_\_
7. PROPIEDAD DE LA PROPIEDAD - Usted debe divulgar todas las propiedades que le pertenecen \_\_\_\_\_

**SI TODO LO ANTERIOR REQUERIDO NO SE RECIBE Y NO HAY EXPLICACIÓN , SU APLICACIÓN SERÁ RETARDADA O NEGADA .**

**Puede solicitar información adicional para procesar la solicitud.**

Por favor envíe o traiga la información solicitada a:

Servicios de Salud del Norte de Mississippi  
Atención: Asistencia Financiera  
Cliff Gookin Blvd 1494  
Tupelo , MS 38801

Teléfono: ( 662 ) 377-3219

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



# NORTH MISSISSIPPI HEALTH SERVICES

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de telefono celular \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
 Condado \_\_\_\_\_ Estado marital \_\_\_\_\_  
 Empleador (dirección y teléfono #) \_\_\_\_\_  
 Ingresos (Bruto) \_\_\_\_\_ ¿ Estás discapacitado \_\_\_\_\_ Si es así, ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha solicitado una discapacidad? \_\_\_\_\_ Naturaleza de la discapacidad \_\_\_\_\_  
 ¿Puede regresar al trabajo \_\_\_\_\_ Fecha estimada de regreso \_\_\_\_\_  
 Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene cobertura de Medicaid? \_\_\_\_\_ ¿Has solicitado Medicaid? \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL ESPOSO O ESPOSA

Nombre \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Ingreso mensual (Bruto) \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL FIADOR (o parte responsable)

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_  
 Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Ingreso (Bruto) \_\_\_\_\_

**Número de miembros de la familia en el hogar ( si necesita más espacio, puede adjuntar una hoja por separado )**

**NOMBRE (último, primero)      FECHA DE NACIMIENTO      RELACIÓN**

NOMBRE (último, primero)	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN

**Referencias de credito      Saldo del nombre del banco      Balance**

Referencias de credito	Saldo del nombre del banco	Balance
Cuenta de cheques		
Cuenta de ahorros		
IRA (jubilación individual)		
Valor de la casa \$		
Otro valor inmobiliario		

Por la presente solicito ayuda financiera para ser otorgada por los servicios recibidos en NMHS . Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es precisa y completa y puede ser utilizada por NMHS para determinar el monto, si corresponde, de la asistencia que se otorgará. Entiendo que mantendrá esta declaración en un archivo confidencial para futuras referencias. Usted está autorizado para verificar mi historial de crédito y empleo. Entiendo y acepto que cualquier declaración falsa o información errónea descalificará Yo de recibir asistencia financiera . **Estoy de acuerdo en reembolsar a NMHS por cualquier monto proporcionado en asistencia financiera por NMHS si luego recibo el pago de una tercera parte por mi enfermedad o lesión. Entiendo que tengo el deber de informar a NMHS si recibo algún pago por parte de un tercero por mi enfermedad o lesión . Si no se divulgan las fuentes de pago de terceros, se perderá la elegibilidad para recibir asistencia financiera y se anulará cualquier asistencia financiera previamente aprobada.**

**Firma del paciente/ fiador o responsable de la cuenta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_**

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

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



**NORTH MISSISSIPPI  
HEALTH SERVICES**

**CARTA DE APOYO**

FECHA \_\_\_\_\_

NUMERO FINANCIERO \_\_\_\_\_

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

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

NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**El resto del formulario lo debe completar una persona que pague los gastos financieros del paciente o que brinde asistencia financiera al paciente.**

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

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: Celular \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ proporciono refugio y asistencia financiera a

( Nombre de la persona que asiste al paciente)

\_\_\_\_\_. He prestado asistencia de \_\_\_\_\_

( Nombre del paciente )

( Inicio fecha)

a \_\_\_\_\_.

**FIRMA** de la persona que provee refugio y asistencia:

\_\_\_\_\_

POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO Y REGRESE EN EL PLAZO DE 14 DÍAS LABORALES A:

**SERVICIOS DE SALUD MISSISSIPPI DEL NORTE  
ATENCIÓN: ASISTENCIA FINANCIERA  
1494 CLIFF GOOKIN BLVD  
TUPELO, MS 38801**