



**NORTH MISSISSIPPI
HEALTH SERVICES**

Fecha:

Para:

Número de cuenta:

Re: Ayuda financiera

Adjunto encontrará una aplicación para ayuda financiera. Por favor complete toda la información y envíe por correo a nosotros **dentro de 14 días** junto con **todo el apoyo solicitado documentación** (ver página 3). **Solicitudes sin justificantes resultará en la demora o la negación.** Puede utilizar los sobres cerrados con franqueo pagado para devolver la aplicación a nosotros.

Servicios de salud de Mississippi del norte (compañía matriz de arcilla County Medical Center, North Mississippi Medical Center, Marion Regional Medical Center, los servicios de salud de Pontotoc, servicios de salud de Tishomingo, servicios de salud de Webster y Mississippi del norte Clínicas médicas, Inc.) revisará su solicitud para ver si puede dar ayuda en sus gastos de hospital o clínica relacionados con los cargos.

En el estado de Mississippi, una persona menor de 21 años es considerada menor de edad, por lo tanto los padres / tutores legales deben llenar la solicitud con su información financiera, salvo emancipados menores casadas o autoportante. Para los residentes de Alabama una persona bajo la edad de 19 años es considerada menor de edad.

Para dar consistencia a la política de asistencia financiera la pauta de ingresos adjunta será observada. La pauta de ingresos junto con la información obtenida en la cuenta de crédito se utilizará para tomar la determinación de la caridad.

Por lo general, se considerará un paciente para asistencia financiera si sus ingresos familiares no superan la pauta adjunta. Sin embargo, si en circunstancias extraordinarias, ingresos excede estas pautas de asistencia parcial todavía puede concederse a discreción de los servicios de salud de Mississippi del norte.

Atentamente,
Departamento de asistencia financiera
Servicios de salud de Mississippi del norte



**NORTH MISSISSIPPI
HEALTH SERVICES**

Pautas de ingresos federales de pobreza 2017

Número de miembros del hogar: ingreso bruto anual

1	2	3	4	5	6	7	8
12.060	16.240	20.420	24.600	28.780	32.960	37.140	41.320

Para las familias y los hogares con más de 8 personas, agregue \$4.180 (anual) por cada persona adicional.



NORTH MISSISSIPPI HEALTH SERVICES

SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN SOPORTE

Le pedimos que proporcione **copia** de los siguientes datos solicitados dentro de 14 días o contacte la oficina de negocios de NMHS si se necesita más tiempo. Por favor complete cada línea si se aplica o no para que la aplicación de la caridad puede ser procesada oportunamente. Si eres menor de 21 (un menor de edad) años (o 19 si vives en Alabama), debe proporcionarse información por los padres/tutores. Se le informará por carta una vez que su solicitud es aprobada o negada.

1. TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS MENSUALES PARA EL PACIENTE O CÓNYUGE
 - A. Empleada: dos, corriente consecutivo pagar recibos tanto paciente y cónyuge o declaración de employer____
 - B. Desempleados: la prueba de ingreso por desempleo (si no, por favor explique) ____
 - C. Discapacidad letter(most recent)-deben tener un comprobante si recibe benefits____
 - D. Seguridad social ingresos-deben tener un comprobante de la cantidad deposited____
 - E. Jubilación/pensión-debe tener un comprobante de amount____ de ingresos mensuales f el. Ayuda financiera detallada carta recibo de ayudas ____
 - G. Niño Support____
2. TODA COPIA DE ÚLTIMA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FILED____
3. BANCO DECLARACIONES-ANTERIOR 3 MESES CONSECUTIVOS DE CHEQUES/AHORROS____
4. COPIA DE LA FACTURA ELÉCTRICA ACTUAL QUE MUESTRA LA DIRECCIÓN ACTUAL – POR FAVOR EXPLICAR SI EL PROYECTO DE LEY ES DE OTRA PERSONA NAME____
5. Carta de denegación de MEDICAID o evaluación de elegibilidad presuntiva: se debe aplicar para Medicaid y si niega debe enviar una copia de su carta de denegación o una carta indicando que usted no es elegible para Medicaid antes de que se procesará su solicitud de caridad.

6. DISCAPACIDAD: ¿Has solicitado incapacidad? SI____ No____ Si es así, debe proporcionar una copia de su solicitud o correspondencia verificando que usted ha aplicado y el estado.

7. Carta de apoyo (ver página 5) - si usted no tiene posibilidad de ingresos debe enviar una carta firmada por quien está apoyando financieramente. ____
8. PROPIEDAD – debe revelar todos los owned____ de propiedad

SI NO SE RECIBE TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA ARRIBA Y NO HAY NINGUNA EXPLICACIÓN, SU APLICACIÓN SERÁ RETRASADA O NEGADA.

Puede solicitarse información adicional a solicitud.

Por favor enviar por correo o traer información requerida: servicios de salud de Mississippi del norte
Attn: Asistencia financiera
1494 Cliff Gookin Blvd
Tupelo, MS 38801



NORTH MISSISSIPPI HEALTH SERVICES

Teléfono: (662)377-3219

Información puede ser enviada por fax a: (662)377-3318

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre Seguridad Social # ___ de ___
 Fecha de nacimiento ___ teléfono # celular ___ Home ___
 Address ___ City ___ State ___ Zip ___ County ___ estado civil ___
 Empleador (dirección y teléfono) ___
 Ingresos (brutos) ___ son disabled ___ si es así ¿cuánto tiempo? _____
 ¿Has solicitado incapacidad? Naturaleza de ___ de Disability ___
 Puede usted volver a work ___ la fecha estimada de regreso ___
 Nombre de Company ___ seguros
 ¿Tiene cobertura de Medicaid? ¿ ___ Se han aplicado para Medicaid? _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Name ___ Seguridad Social # ___
 Fecha de Birth ___ Employer ___ renta mensual ___ (bruto)

Información de garantía (o responsable)

Nombre ___ Relationship a patient ___
 Dirección ___ Phone # ___
 Seguridad social # ___ Fecha de birth ___
 Garante empleador ___ (bruta) de ingreso

Número de miembros de la familia en casa (si se necesita más espacio puede adjuntar una hoja aparte)

NOMBRE (apellido, primer) fecha de nacimiento relación

Referencias de crédito Banco nombre saldo

Cuenta de cheques		
Cuenta de ahorros		
IRA (Retiro Individual)		
Valor casa \$		
Otro valor de bienes raíces		

Por este medio solicitar ayudas que se concederán por los servicios recibidos en NMHS. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es exacta y completa y puede usarse para determinar la cantidad de ayuda que se concederá por NMHS. Entiendo que usted conservará esta declaración en un archivo confidencial para referencia futura. Usted está autorizado para revisar mi historial de crédito y el empleo. Entiendo y acepto que cualquier declaración falsa o desinformación descalificará me reciba asistencia financiera. **estoy de acuerdo en reembolsar NMHS para cualquier cantidad de ayuda financiera por NMHS si más adelante recibir pago por una fuente de terceros para mi enfermedad o lesión. Entiendo que tengo el deber de informar NMHS si recibir pago alguno por una fuente de terceros para mi enfermedad o lesión. Falta divulgar fuentes de terceros de pago resultará en pérdida de elegibilidad para ayuda financiera y una revocación de cualquier ayuda financiera aprobado previamente.**

___ Date ___ firma de paciente/garante



**NORTH MISSISSIPPI
HEALTH SERVICES**

Cónyuge Signature ___ Date ___

* Los padres/tutores son responsables de cuentas de pacientes menores de 21 (menores) (o 19 si el paciente vive en Alabama) salvo prueba de emancipación.

CARTA DE APOYO

DATE ___

FINANCIERA NÚMERO ___ LAS FECHAS DE SERVICIO ___

PACIENTES NOMBRE ___ NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN ___

Resto del formulario debe ser completado por persona pagando gastos de manutención o asistencia de vida al paciente.

NOMBRE: ___ RELACIÓN

DIRECCIÓN: ___

TELÉFONO #: Celular ___ casa ___

I ___ proporcionar cobijo y asistencia financiera a

(Nombre de la ayuda a paciente de persona)

_____. He asistido de ___

(Nombre del paciente) (Fecha de inicio)

a ___.

Firma de refugio y asistencia de la persona:

POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO Y DEVOLVER DENTRO DE 14 DÍAS HÁBILES PARA:

SERVICIOS DE SALUD DE MISSISSIPPI DEL NORTE



**NORTH MISSISSIPPI
HEALTH SERVICES**

**ATTN: ASISTENCIA FINANCIERA
1494 GOOKIN CLIFF BLVD
TUPELO, MS 3880**