Mission Regional Medical Center

Instrucciones para la Forma de Aplicación de Asistencia Financiera

Esta es una aplicación de asistencia financiera de **Mission Regional Medical Center**.

Tenemos dos tipos de programas de asistencia financiera: **Atención Caritativa** y **Programa de Pago con Descuento**. Es posible que califique para recibir atención gratuita o atención con descuento según el tamaño de su familia y sus ingresos. Para ver nuestra política de asistencia financiera, visite **missionrmc.org/patients-visitors/financial-assistance**.

¿Qué cubre la asistencia financiera? Si no es elegible para un programa del gobierno y cumple con ciertos requisitos de ingresos bajos y moderados, puede calificar para nuestro Programa de Asistencia Financiera. Brindamos asistencia financiera para ayudar a los pacientes calificados a pagar la atención médica según sus necesidades financieras. Esto incluye atención de emergencia, urgente o médicamente necesaria. Los pacientes que califican obtienen una parte o la totalidad de sus costos cubiertos, independientemente de si tienen cobertura de atención médica, no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente.

Los médicos que practican en **Mission Regioinal Medical Center** no están incluidos en esta política. Si necesita ayuda con la factura del médico, deberá comunicarse con el consultorio privado del médico y hable con el personal de la oficina.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta aplicación: Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluida la asistencia lingüística, llamando a nuestros **Servicios Financieros para Pacientes** al **956-323-1580**. También puede visitar el sitio web anterior.

Para que su aplicación sea procesada, usted debe:

- Proporciónenos información sobre su familia
- Proporciónenos información y documentación sobre los ingresos mensuales de su familia (ingresos antes de impuestos y deducciones). *Consulte* la sección Ingresos y Tamaño del Hogar Familiar en la aplicación de asistencia financiera para obtener información adicional.
- Adjunte información/documentos adicionales si es necesario
- Firme y feche la aplicación

Envíe por correo la aplicación completa y los documentos de respaldo a:
Mission Regional Medical Center**,** Atención: Servicios Financieros para Pacientes
900 South Bryan Road, Mission, TX 78572

También puede presentar la aplicación y los documentos justificativos en persona en la misma dirección. Le notificaremos la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, dentro de los 30 días posteriores de recibir la aplicación completa y los documentos de respaldo. Si su aplicación está incompleta, recibirá una carta solicitando los documentos requeridos para procesar su aplicación. Al enviar una aplicación de asistencia financiera, usted da su consentimiento para que realicemos las consultas necesarias para confirmar las obligaciones financieras y la información.

Queremos ayudar. Envíe su aplicación con prontitud.
Es posible que continúe recibiendo estados de cuenta hasta que recibamos su aplicación completa y los documentos de respaldo.

Mission Regional Medical Center

Forma de Aplicación de Asistencia Financiera - *Confidencial*

Tenga en cuenta que no podemos garantizar que calificará para recibir asistencia financiera, incluso si la solicita.

DEVUELVA LA APLICACIÓN COMPLETO POR CORREO A:

Mission Regional Medical Center**,** Atención: Servicios Financieros para Pacientes
900 South Bryan Road**,** Mission, TX 78572

También puede presentar la aplicación y los documentos justificativos en persona en la misma dirección.

Fecha de la aplicación:	**Fecha de servicio:**
Número de seguro social: (opcional)	☐ No tengo número de seguro social
Nombre del paciente:	**Fecha de nacimiento (paciente):**
Número de cuenta:	**Teléfono:** ☐ Hogar ☐ Celúlar
Dirección, ciudad, estado y código postal:	
¿Está el paciente actualmente sin vivienda? Si ☐ No ☐	

Llame a nuestro **Servicios Financieros para Pacientes** al **956-323-1580** para cualquier pregunta sobre el llenado de esta aplicación.

Por favor, marque el tipo de asistencia financiera que está interesado en solicitar:

☐ Atención caritativa
☐ Programa de pago con descuento

Tenga en cuenta:

(1) El hospital sólo puede solicitar recibos de sueldo recientes o declaraciones de impuestos para documentación de ingresos. El hospital puede aceptar otras formas de documentación de ingresos, pero no exigirá otras formas.
(2) Los pacientes pueden recibir menos asistencia financiera que la que pueden tener a su disposición en el marco del programa de atención caritativa.

CUESTIONARIO:

(1) ¿Era el paciente residente de Texas al momento del servicio? Si ☐ No ☐
(2) ¿Los servicios médicos recibidos estuvieron relacionados con un accidente automovilístico, una lesión causada por otra persona o laboral? ***Si la respuesta es 'Sí', ¿cual es la fecha del accidente o la lesion?*** _____ Si ☐ No ☐
(3) ¿Tenía el paciente algún seguro médico activo al momento del servicio? Si ☐ No ☐
(4) ¿Era el paciente un beneficiario activo de Medi-Cal al momento del servicio? ***Si la respuesta es 'Sí', adjunte una copia de su seguro médico o tarjeta de Medi-Cal a esta aplicación.*** Si ☐ No ☐

INGRESOS Y TAMAÑO DEL HOGAR FAMILIAR:

- Los ingresos de todos los miembros adultos de la familia deben ser revelados. Los ingresos incluyen cantidades antes de impuestos y deducciones. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo: salarios, desempleo, trabajo por cuenta propia, compensación laboral, beneficios de seguro social, asistencia pública e ingresos extraídos de bienes (por ejemplo: dividendos, ingresos por alquiler, fondos mutuos, IRA, etc.)
- "Familia" se define como: (1) personas de 18 años de edad o más - cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes menores de 21 años, ya sea que vivan en el hogar o no; y (2) para personas menores de 18 años, padres, parientes cuidadores y otros hijos menores de 21 años de madre/padre o pariente cuidador.

Mission Regional Medical Center

Nombre del miembro de la familia	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Fuente de ingresos o nombre del empleador	Ingresos por 3 meses desde la fecha de aplicación	Ingresos por 12 meses desde la fecha de aplicación
				$	$
				$	$
				$	$
				$	$
				$	$
				$	$
				$	$
				$	$

- **Con esta aplicación SE DEBE proporcionar un comprobante de ingresos de todas las fuentes (por ejemplo, los 3 talones de pago de los meses más recientes, la declaración de impuestos más reciente (Formulario 1040 del IRS), etc.).**
- **Si reporta ingresos de $0**, proporcione una declaración por escrito de cómo usted (o el paciente) está sobreviviendo financieramente, incluyendo quién proporciona comida, refugio, transporte, etc., y cuánto tiempo ha estado sin ingresos.

GASTOS ACTUALES (últimos 12 meses a partir de la fecha de la aplicación)
Utilizamos esta información para obtener una imagen más completa de su situación financiera.

Gastos mensuales del hogar:

Gastos médicos** (hospital, doctor, dental, visión, recetas, etc).	$	Cuota de seguro médico** (médico, dental, visión)	$

****Proporcione todos los recibos/explicaciones de los beneficios indicados anteriormente, ya sean pagados o no.**

INFORMACIÓN ADICIONAL

Adjunte una página adicional si hay información sobre su situación financiera actual que quisiera que supiéramos, como dificultades financieras, gastos médicos excesivos o ingresos estacionales o temporales.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que **Mission Regional Medical Center** puede verificar la información revisando la información de crédito y obtener información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para asistencia financiera o planes de pago.

Confirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información que proporciono es falsa, se me puede negar la asistencia financiera y puedo ser responsable del pago de los servicios.

Firma del aplicante_____ Fecha _____