

CENTRO MÉDICO REGIONAL MAGNOLIA
CARTA DE REQUISITO DE ASISTENCIA FINANCIERA

Estimado paciente y / o garante,

De acuerdo con los valores fundamentales de Magnolia Regional Medical Center, es nuestro deseo brindar asistencia financiera de una manera que respete la dignidad de nuestros pacientes y sus familias. Entendemos las dificultades financieras y médicas y, según sus calificaciones, es posible que pueda recibir ayuda financiera . ¡ Gracias por elegir Magnolia Regional Medical Center !

Complete la solicitud financiera y adjunte los documentos requeridos que se enumeran a continuación que le correspondan:

Todos los solicitantes:

- Declaración de impuestos del año calendario anterior (1040, 1040A o 1040EZ) .
- Últimos tres (3) extractos bancarios .

Si está empleado:

- Tres copias de talón de cheque más recientes o membrete de la empresa que indique la tarifa por hora y el salario base (salario anual) .

Si recibe alguno de los siguientes beneficios , necesitamos una copia de su carta de beneficios anual, o el cheque, o un extracto bancario que indique el depósito directo :

- Seguro Social / SSI .
- Beneficios de jubilación de VA .
- Beneficios de pago por desembolso.

Otras fuentes de apoyo financiero:

- I f otra persona está proporcionando dinero para el alquiler , la comida o los servicios públicos, es necesario el ingreso de esa persona según las pautas anteriores.
- Y ou pueden presentar 3 cartas de amigos o vecinos que indican cómo se están cumpliendo sus necesidades básicas. Los miembros de la familia no pueden proporcionar esta información.
- Las pensiones, la pensión alimenticia, la manutención de los hijos , la compensación de trabajadores , los beneficios para sobrevivientes , los intereses, los dividendos, los alquileres, las regalías, los ingresos de las herencias, los fideicomisos, la asistencia educativa , la pensión alimenticia y otras fuentes diversas necesitarán documentación de las cantidades recibidas.

Es posible que se requiera información adicional para una revisión adicional . F alificar información en la solicitud podría resultar en la denegación de asistencia financiera.

Devuelva la solicitud completada y firmada a la Oficina Comercial dentro de (10) días para su procesamiento , o

Envíe por correo a: Magnolia Regional Medical Center

Attn: F AP Application
PO BOX 629
Magnolia, AR 71754-0629

Si tiene preguntas o inquietudes adicionales, comuníquese con nuestro asesor financiero al 870-235-3006 .

Toda la información recibida es personal y confidencial.

**CENTRO MÉDICO REGIONAL MAGNOLIA
ESTADO FINANCIERO**

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE / PARTE RESPONSABLE

Cuenta #: _____

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

Dirección: _____ Ciudad / Estado / Código postal: _____ Teléfono :

Empleador: _____ Dirección del empleador _____

Ciudad / Estado / Código postal _____

Teléfono del empleador: _____ Duración del empleo: _____ Ingreso mensual: \$ _____

Otros ingresos: \$ _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE / SOCIO

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

Dirección: _____ Ciudad / Estado / Código postal: _____ Teléfono:

Empleador: _____ Dirección del empleador _____

Ciudad / Estado / Código postal _____

Teléfono del empleador: _____ Duración del empleo: _____ Ingreso mensual: \$ _____

Otros ingresos: \$ _____

DEPENDIENTES **

Nombre completo Relación Fecha de nacimiento (DD / MM / AAAA)

- 1) _____ / _____ / _____
- 2) _____ / _____ / _____
- 3) _____ / _____ / _____
- 4) _____ / _____ / _____
- 5) _____ / _____ / _____
- 6) _____ / _____ / _____
- 7) _____ / _____ / _____
- 8) _____ / _____ / _____

** Si hay más de 8 dependientes, utilice una página separada

¿Está actualmente inscrito en el Programa de Asistencia del Gobierno o Medicaid? Sí ___ No ___ ¿Cuántos adultos ___ niños ___ hay en la familia?

¿Recibe seguro médico o de salud a través de su empleador? Sí ___ No ___ ¿Empleador del cónyuge? _____

¿Existen otras posibles fuentes de seguro? Sí ___ No ___ Explique (Otra fuente) : _____

¿La enfermedad está relacionada con un accidente automovilístico? Sí ___ No ___ En caso afirmativo, ¿quién es el agente de seguros? _____

Teléfono: _____

CUENTAS MÉDICAS DESTACADAS

¿Le debe a otros hospitales? Sí ___ No ___ Si es así, ¿cuánto? _____

¿Le debe algún consultorio / clínica? Sí ___ No ___ Si es así, ¿cuánto? _____

¿Le gustaría solicitar asistencia estatal? Sí No _____

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad / Estado / Código postal

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad / Estado / Código postal

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DE FIRMA

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta. Yo entiendo que la información engañosa tendrá como resultado mi nueva búsqueda de la Financiera de Asistencia a ser negado.

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Recibido por : _____

Fecha: _____
