

**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: \_\_\_\_\_

---