



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 suyas , 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 2020

Número de miembros del hogar: Ingreso Bruto Anual

1	2	3	4	5	6	7	8
12760	17240	21720	26200	30680	35160	39640	44120

Para las familias / hogares con más de 8 personas, agregue \$ 4,480 (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**