



Fecha:

Para:

Cuenta n.º:

Estimada paciente,

Adjunto encontrará una solicitud de asistencia financiera. Complete toda la información y envíenoslo por correo **dentro de los 14 días** junto con **toda la documentación de respaldo solicitada** (consulte la página 3). **Las solicitudes recibidas sin documentos de respaldo resultarán en demora o denegación.** Puede utilizar el sobre con franqueo pagado adjunto para devolvernos su solicitud.

Los Servicios de Salud del Norte de Mississippi revisarán su solicitud para ver si se le puede brindar ayuda con los cargos hospitalarios y/o clínicos relacionados. Si tiene alguna pregunta sobre esta aplicación, comuníquese con nosotros al 662-377-3219.

¡Queremos ayudarte! Debes ayudarnos proporcionándonos la mayor cantidad de información posible. Entendemos que la mayoría de las personas no pueden pagar un saldo elevado de atención médica. Para que podamos perdonar todo o parte de su saldo, ¡necesitamos su cooperación!

Si no recibimos noticias tuyas, continuaremos acudiendo a usted para pagar el saldo de la cuenta en su totalidad. Si no responde dentro de los 14 días posteriores a su primera factura por servicios, se producirán más actividades de cobro que pueden incluir 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 tanto, los padres/tutores legales deben completar la solicitud con su información financiera, salvo los menores emancipados que estén casados o se mantengan a sí mismos. Para los residentes de Alabama, una persona menor de 19 años se considera menor de edad.

Las pautas de ingresos adjuntas, junto con otra información que usted proporcione, se utilizarán para tomar la determinación de caridad. Se considerará que un paciente recibirá asistencia financiera si los ingresos de su hogar no exceden las pautas adjuntas. Sin embargo, si en circunstancias extraordinarias los ingresos exceden estas pautas, aún se puede otorgar asistencia parcial a exclusivo criterio de North Mississippi Health Services.

Atentamente,
Departamento de Asistencia Financiera
North Mississippi Health Services



Pautas de ingresos del nivel de pobreza federal de 2025

Cantidad de miembros del grupo familiar: Ingresos brutos anuales

1	2	3	4	5	6	7	8
23475	31725	39975	48225	56475	64725	72975	81225

Para las familias/los grupos familiares de más de 8 personas, agregue \$8,250 (anual) por cada persona adicional.



SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN DE APOYO Y LISTA DE VERIFICACIÓN

Le pedimos que proporcione **copias** de la siguiente información solicitada en un plazo de 14 días o se comunique con la oficina comercial de NMHS si necesita más tiempo. Complete cada línea independientemente de que corresponda o no, para que se pueda procesar su solicitud de beneficencia de forma oportuna. Si es menor de 21 años (menor de edad) (o de 19 años, si vive en Alabama), la información la deben proporcionar sus padres/tutores legales. Le informarán por carta cuando su solicitud esté aprobada o denegada.

1. TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS MENSUALES DEL PACIENTE O SU CÓNYUGE, SEGÚN CORRESPONDA
 - Empleado: Dos recibos de sueldo actuales consecutivos, tanto del paciente como del cónyuge o una declaración del empleador _____
 - Desempleado: Constancia de ingresos por desempleo (si no lo tiene, explique) _____

 - Carta de discapacidad (más reciente): Debe tener una constancia si está recibiendo beneficios _____
 - Ingresos por el Seguro Social: Debe tener una constancia del monto depositado _____
 - Jubilación/Pensión: Debe tener una constancia del monto de los ingresos mensuales _____
2. ESTADOS DE CUENTA DE APLICACIONES DE PAGO (CashApp, PayPal, Venmo, Zelle, etc.)
3. COPIA COMPLETA DE LA ÚLTIMA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS PRESENTADA

4. COPIA DEL RESUMEN DE CUENTA BANCARIO MÁS RECIENTE

5. MEDICAID:
 - ¿Ha solicitado Medicaid? Sí ___ No ___
 - ¿Le gustaría recibir ayuda para solicitar Medicaid? Sí ___ No ___
6. DISCAPACIDAD: ¿Ha presentado una solicitud por discapacidad? **Sí No** Si la respuesta es sí, debe proporcionar una copia de su solicitud o correspondencia fechado dentro del último año que verifique que ha presentado una solicitud y el estado de esta.
7. CARTA DE MANUTENCIÓN (vea la página 5): Si no tiene fuentes de ingresos, debe enviar una carta firmada por quien lo mantenga económicamente. _____
8. TÍTULO DE PROPIEDAD: ¿Es usted dueño de una propiedad? Sí ___ No ___

SI NO SE RECIBE TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA MÁS ARRIBA Y NO SE BRINDA UNA EXPLICACIÓN, SU SOLICITUD SE DEMORARÁ O DENEGARÁ.

Se podría solicitar información adicional para procesar la solicitud.

Envíe por correo postal o traiga la información solicitada a: North Mississippi Health Services
Attn.: Asistencia financiera
1494 Cliff Gookin Blvd
Tupelo, MS 38801

Teléfono: (662)377-3219

La información se puede enviar por fax al: (662)377-3318

La información se puede enviar por correo electrónico: financiasist@nmhs.net



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ N.º del Seguro Social _____
Fecha de nacimiento _____ N.º de teléfono celular _____ Particular _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Estado civil _____
Empleador (nombre, dirección y n.º de teléfono) _____

Ingresos (brutos) _____ ¿Tiene una discapacidad? _____ De ser así, ¿hace cuánto tiempo? _____
¿Ha presentado una solicitud por discapacidad? _____
¿Puede regresar al trabajo? _____ Fecha de regreso calculada _____
Nombre de la compañía de seguros _____
¿Tiene usted cobertura de Medicaid? _____ ¿Ha presentado una solicitud de Medicaid? _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Nombre _____ N.º del Seguro Social _____
Fecha de nacimiento _____ Empleador _____ Ingresos mensuales (brutos) _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE (o la parte responsable)

Nombre _____ Relación con el paciente _____
Dirección _____ N.º de teléfono _____
N.º del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____
Empleador del garante _____ Ingresos (brutos) _____

Cantidad de miembros del grupo familiar (si necesita más espacio, puede adjuntar otra hoja)

NOMBRE COMPLETO (apellido, nombre)	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN

REFERENCIAS CREDITICIAS	Nombre del banco	Saldo
Cuenta corriente		
Caja de ahorro		

Por este medio, solicito que se me otorgue asistencia financiera para los servicios recibidos en NMHS. Certifico que la información que se proporciona en esta solicitud es precisa y está completa, y NMHS la puede usar para determinar el monto de la asistencia que se otorgará, si la otorga. Comprendo que conservarán esta declaración en un archivo confidencial para consultarlo en el futuro. Están autorizados a revisar mi historial crediticio y antecedentes laborales. Comprendo y acepto que, si hago una declaración falsa o proporciono información engañosa, me descalificarán y no recibiré asistencia financiera. **Acepto reembolsar a NMHS por los montos que NMHS proporcione como asistencia financiera si más adelante recibo un pago de un tercero por mi enfermedad o lesión. Comprendo que tengo el deber de informar a NMHS si recibo un pago de un tercero por mi enfermedad o lesión. Si no divulgo los pagos de terceros, perderé mi elegibilidad para asistencia financiera y me revertirán la asistencia financiera anteriormente aprobada.**

Firma del paciente/garante _____ Fecha _____

Firma del cónyuge _____ Fecha _____

*Los padres/tutores legales son responsables de las facturas de pacientes menores de 21 años (menores de edad) (o de 19 años, si el paciente vive en Alabama), salvo que se proporcione una constancia de emancipación.



CARTA DE MANUTENCIÓN

FECHA _____

NÚMERO FINANCIERO _____

FECHAS DE SERVICIO _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____

DIRECCIÓN _____

El resto del formulario lo debe completar la persona que pague los gastos de manutención o que proporcione asistencia de manutención al paciente.

NOMBRE: _____ RELACIÓN _____

DIRECCIÓN: _____

N.º DE TELÉFONO: Celular _____ Particular _____

Yo, _____, proporciono vivienda y asistencia financiera a

(Nombre de la persona que brinda asistencia al paciente)

_____. He proporcionado asistencia desde el _____

(Nombre del paciente)

(Fecha de inicio)

hasta el _____.

FIRMA de la persona que proporciona vivienda y asistencia:

COMPLETE ESTE FORMULARIO Y ENTRÉGUELO EN UN PLAZO DE 14 DÍAS HÁBILES A:

NORTH MISSISSIPPI HEALTH SERVICES ATTN.:

ASISTENCIA FINANCIERA

1494 CLIFF GOOKIN BLVD

TUPELO, MS 38801