



Mercy Community Healthcare

Solicitud para el Programa para los Pacientes sin Seguro

Información del Paciente			
Nombre:	Inicial:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Número de Teléfono:	Teléfono Secundario:	Correo Electrónico:	
Número de Seguro Social:	¿Tiene seguro médico el paciente?		Sí No
Estado Civil del Paciente/Tutor Legal: Soltero(a) Casado(a) Pareja Divorciado(a)			

Información del Individuo Financieramente Responsable			
Nombre:	Inicial:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Número de Teléfono:	Teléfono Secundario:	Correo Electrónico:	
Relación al Paciente:			

Tamaño del Hogar (Todos los individuos en la familia para quienes usted proporciona apoyo financiero, incluyéndose a sí mismo.)		
Nombre:	Relación:	Edad:
Nombre:	Relación:	Edad:
Nombre:	Relación:	Edad:
Nombre:	Relación:	Edad:
Nombre:	Relación:	Edad:
Nombre:	Relación:	Edad:

Ingresos Familiares (Incluye a cualquier persona que tiene 18 años o más que vive en la casa, incluyéndose a sí mismo.)		
Nombre	Fuente de Ingreso o Empleador	Ingreso Bruto Mensual
Usted:		
Su Pareja:		
Hijos:		
Otro:		

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es cierta y acertada. Entiendo que información falsa u omitida me descalificará del Programa para los Pacientes sin Seguro Médico en Mercy Community Healthcare.

Firma del Paciente/Tutor Legal

Fecha

For Office Use Only ** (Sólo para Uso de la Oficina) **		
Total Number in Household:	Total Monthly Income:	x 12 = \$
Self-Pay Category: A B C D E F	Mercy Employee Initials:	Date:



Mercy Community Healthcare Programa para los Pacientes sin Seguro Médico

Mercy Community Healthcare refleja el amor de Jesucristo proveyendo atención médica compasiva y de calidad tanto a los asegurados como a los no asegurados con un enfoque en la Pediatría, la Atención Primaria para Adultos, y la Salud Mental y de Conducta Integrada. Existimos para proporcionar cuidado de salud a todos. Ofrecemos una escala móvil de sistema de pago para los pacientes sin seguro médico.

Por Ley Federal, cumplir con los requisitos para la Escala Móvil de Sistema de Pago depende de dos factores: el tamaño del hogar y el ingreso. El hogar incluiría a usted, su pareja e hijos. Si usted está proporcionando más de 50% del apoyo financiero para otros individuos familiares que residen de tiempo completo en su hogar, los podría contar también (nietos, abuelos, miembros familiares, etc.). También debe incluir los ingresos de todos los miembros adultos (18 años o más) del hogar. Si hay un miembro adulto de su hogar que no está recibiendo ningún tipo de ingreso actualmente, se le pedirá a usted firmar una Autodeclaración de Ingresos certificando que el individuo no tiene ningún ingreso.

El ingreso incluye pero no se limite a:

- La cantidad completa de ingresos brutos ganados antes de los impuestos y deducciones
- El beneficio neto ganado si usted trabaja por cuenta propia (los ingresos brutos menos sus costos operativos de negocios)
- Seguro Social, Seguro Social por Incapacidad, Indemnización Laboral, Ingreso de Retiro Inversión, Pensión Alimenticia para la pareja o los hijos, Ingreso de Agencias Gubernamentales, etc.

Entiendo y estoy de acuerdo que mi elegibilidad en el Programa de Mercy para los Pacientes sin Seguro Médico es válida por el periodo de un año y se me requerirá completar una nueva solicitud bajo petición, después de ese tiempo.

Entiendo y estoy de acuerdo que le informaré a la clínica si haya algún cambio a mi ingreso o al estado de mi hogar en cualquier momento durante mi inscripción en el Programa para los Pacientes sin Seguro Médico.

Entiendo y estoy de acuerdo que la aprobación al Programa de Mercy para los Pacientes sin Seguro Médico se base en recibir los documentos necesarios (solicitud, comprobante de ingresos, etc.), y estos determinarán mi elegibilidad y las tarifas basadas en la Guías Federales de Pobreza del 2014.

Entiendo y estoy de acuerdo que la información que he proporcionado para determinar mi participación en el Programa para los Pacientes sin Seguro Médico es cierta y acertada. Entiendo que información falsa u omitida me descalificará del Programa para los Pacientes sin Seguro Médico en Mercy.

Entiendo y estoy de acuerdo que aunque Mercy se esfuerza por hacer que el costo de mi visita cubra tanto como sea posible, yo pudiera tener tarifas adicionales (laboratorios, procedimientos, pruebas, etc.) que no se incluyan en la tarifa de una visita. Todos cargos vencen al día del servicio.

Entiendo y estoy de acuerdo que el paciente/tutor legal que está presente para la visita es responsable de pagar todas las tarifas al día del servicio.