

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (en letra de molde clara y responda todas las preguntas en su totalidad)			
Nombre legal del paciente:		Nombre preferido:	Fecha de nacimiento:
Dirección/Apartado postal:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Últimos 4 dígitos del NSS:	Dirección de correo electrónico:		Número de teléfono:
Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Otro: _____			

HOGAR (incluya a todas las personas que viven en su hogar además de usted)			
Nombre	Edad	Relación con el paciente	
<i>Ejemplo: Jane Doe</i>	<i>45</i>	<i>cónyuge</i>	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

INGRESOS (incluya <u>todos</u> los ingresos de las personas que viven en su hogar, excluyendo a los menores)			
Nombre	Monto de los ingresos	¿Con qué frecuencia? (semanal, mensual, anual, etc.)	¿Qué tipo de ingresos? (trabajo, seguridad social, VA, pensión, compensación laboral, trabajos ocasionales, pensión alimenticia, etc.)
<i>Ejemplo: Jane Doe</i>	<i>\$500.00</i>	<i>mensual</i>	<i>Autónomo</i>
1.			
2.			
3.			
4.			

DOCUMENTOS NECESARIOS:

- Una copia de sus formularios de Impuesto Federal sobre la Renta más recientes (incluidos todos los anexos).
- Una copia de los resúmenes de cuenta corriente y de caja de ahorros personales y/o comerciales de los últimos tres meses (si está casado; cuentas conjuntas y separadas). No es necesario para las cuentas de MHC Otsego Memorial Hospital.
- Una copia de los dos recibos de sueldo más recientes con las ganancias del año hasta la fecha.
- Una copia de la carta de determinación de Medicaid (si corresponde). No es necesario para las cuentas de MHC Otsego Memorial Hospital.

Consulte los recuadros a continuación para conocer cualquier otro tipo de ingreso adicional.

Sueldos/salarios por empleo, recibos de pago (no se acepta W-2)	Desempleo	Pensión alimenticia	Beneficios de VA
Seguro Social (antes de deducciones) o declaración de beneficios	Distribución tribal per cápita	Asistencia del gobierno	Anualidades
Registros de ingresos de trabajo autónomo y/o formulario 1099	Pensión o jubilación	Trabajos ocasionales	Alquiler
Carta de concesión de compensación laboral	Cobros de efectivo	Retiros de IRA tradicionales	Cualquier otro ingreso

***** Si no afirma tener ingresos, explique brevemente cómo recibe apoyo y proporcione una declaración escrita de la persona u organización que indique cómo y en qué medida lo apoya.**

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

PREGUNTAS SOBRE ACTIVOS	SÍ	NO	COMENTARIOS
¿Presenta usted impuestos federales sobre la renta? Si no, explique.			
¿Tiene una cuenta personal corriente y/o de ahorros? (marque con un círculo cuál(es) tiene)			
¿Tiene una cuenta corriente y/o de ahorros comercial? (marque con un círculo cuál(es) tiene)			

PREGUNTAS SOBRE SEGUROS	SÍ	NO	COMENTARIOS
¿Tiene usted algún seguro médico? En caso afirmativo, proporcione el nombre del seguro.			
¿Tiene usted actualmente Medicaid activo o un Spend Down/deducible de Medicaid?			
¿Tiene usted una Cuenta de Ahorros para la Salud (Health Savings Account, HSA)?			
¿Está usted inscrito en un Programa de Costos Compartidos de Atención Médica o Ministerio? En caso afirmativo, ¿qué programa?			
¿Ha solicitado usted Asistencia Financiera en algún otro centro de MHC? En caso afirmativo, ¿qué centro?			
¿Ha perdido usted la cobertura de su seguro médico en los últimos 90 días?			
¿Es usted un veterano?			
¿Su servicio médico estuvo relacionado con un accidente de trabajo o un accidente automovilístico?			
En caso afirmativo, proporcione el nombre de la compañía de seguro laboral o automotor y el número de reclamación:			

Facturas médicas: marque a continuación si tiene facturas de alguno de estos proveedores a continuación:

- | | |
|--|--|
| ☐ EMBCC | ☐ Grand Traverse Pathology |
| ☐ Grand Traverse Radiologists | ☐ Munson Anesthesia |
| ☐ Somnia Anesthesia | ☐ Traverse Heart and Vascular |
| ☐ Sound In-Patient Physicians | ☐ Cowell Family Cancer Center |
| ☐ Otro: _____ | |

Llame al número de teléfono que figura en cada factura e informe al proveedor que usted está solicitando el Programa de Asistencia Financiera de Munson. El proveedor puede igualar la determinación de asistencia financiera de Munson Healthcare.

CERTIFICACIÓN: al firmar este documento, afirmo que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender. También entiendo que si se determina que la información que envió es falsa, esto resultará en una denegación de la solicitud y el saldo de la cuenta adeudado seguirá siendo mi responsabilidad. Además, autorizo a Munson Healthcare y sus subsidiarias a verificar cualquier información incluida en la solicitud. Esto puede incluir el uso de agencias de informes crediticios.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE LEGAL (SI NO ES EL PACIENTE): _____ **FECHA:** _____

ENVÍE LAS SOLICITUDES Y DOCUMENTACIÓN COMPLETADAS POR CORREO POSTAL O CORREO ELECTRÓNICO A:

A la atención de: Dpto. de Asistencia Financiera

- Kalkaska Memorial Health Center, 419 S Coral St, Kalkaska, MI 49646
- MHC Cadillac Hospital, 400 Hobart St, Cadillac, MI 49601
- MHC Charlevoix Hospital, 14700 Lake Shore Dr, Charlevoix, MI 49720
- MHC Grayling Hospital, 1100 E Michigan Ave, Grayling, MI 49738
- MHC Manistee Hospital, 1465 E Parkdale Ave, Manistee, MI 49660
- MHC Otsego Memorial Hospital, 825 N Center Ave, Gaylord, MI 49735
- Munson Medical Center, 1105 Sixth St, Traverse City, MI 49684
- Paul Oliver Memorial Hospital, 224 Park Ave, Frankfort MI 49635

CORREO ELECTRÓNICO: MHC-financialassistance@mhc.net

Si necesita asistencia, llame al 231-935-2350

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

PATIENT INFORMATION (please print clearly and answer all questions completely)			
Patient's Legal Name:	Preferred Name:	Birthdate:	
Street Address/PO Box:	City:	State:	Zip:
Last 4 digits of SSN:	Email Address:	Phone Number:	
Marital Status: ☐ Single ☐ Married ☐ Divorced ☐ Widowed ☐ Other: _____			

HOUSEHOLD (List all people who live in your household other than yourself)			
Name	Age	Relationship to Patient	
<i>Example: Jane Doe</i>	<i>45</i>	<i>wife</i>	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

INCOME (List <u>all</u> income for people who live in your household, excluding minors)			
Name	Income Amount	How often? (weekly, monthly, yearly, etc.)	What type of income? (job, social security, VA, pension, worker's comp, odd jobs, alimony, etc.)
<i>Example: Jane Doe</i>	<i>\$500.00</i>	<i>monthly</i>	<i>Self-employment</i>
1.			
2.			
3.			
4.			

REQUIRED DOCUMENTS:

- A copy of your most recent Federal Income Tax forms (including all schedules).
- A copy of personal and/or business checking and savings bank statements for the most current three months (if married; joint and separate accounts). Not required for MHC Otsego Memorial Hospital accounts.
- A copy of the two most recent pay stub(s) with year-to-date earnings.
- A copy of the Medicaid determination letter (if applicable). Not required for MHC Otsego Memorial Hospital accounts.

See boxes below for any other type of additional income.

Employment wages/salaries , pay stubs (W-2 not accepted)	Unemployment	Alimony	VA benefits
Social Security (before deductions) or benefit statement	Tribal per capita distribution	Gov't assistance	Annuities
Self-employment income records, and/or form 1099	Pension or retirement	Odd jobs	Rental property
Worker's compensation award letter	Cash receipts	Traditional IRA withdrawals	Any other income

*** If you are claiming no income, briefly explain how you are being supported and provide a written statement from the individual or organization stating how and to what degree they are supporting you.

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

ASSET QUESTIONS	YES	NO	COMMENTS
Do you file Federal Income Taxes? If no, explain.			
Do you have a personal checking and/or savings account? (circle which one(s) you have)			
Do you have a business checking and/or savings account? (circle which one(s) you have)			

INSURANCE QUESTIONS	YES	NO	COMMENTS
Do you have any health insurance? If so, please provide the name of the insurance.			
Do you currently have active Medicaid or a Medicaid Spend Down/deductible?			
Do you have a Health Savings Account (HSA)?			
Are you enrolled in a Healthcare Cost Sharing Program or Ministry? If yes, which program?			
Have you applied for Financial Assistance at any other MHC facility? If yes, which facility?			
Have you lost health insurance coverage within the last 90 days?			
Are you a Veteran?			
Was your medical service related to a work accident or an auto accident?			
If yes, please provide work or auto insurance company name and claim number:			

Medical Bills: Please check below if you have bills from any of these providers below:

- | | |
|--|--|
| ☐ EMBCC | ☐ Grand Traverse Pathology |
| ☐ Grand Traverse Radiologists | ☐ Munson Anesthesia |
| ☐ Somnia Anesthesia | ☐ Traverse Heart and Vascular |
| ☐ Sound In-Patient Physicians | ☐ Cowell Family Cancer Center |
| ☐ Other: _____ | |

Please call the phone number listed on each bill and inform the provider that you are applying for Munson's Financial Assistance Program. The provider may match Munson Healthcare's Financial Assistance determination.

CERTIFICATION: By signing this document, I affirm the above information is correct to the best of my knowledge. I also understand that if the information submitted is determined to be false, this will result in a denial of the application and the account balance due will remain my responsibility. I further authorize Munson Healthcare and its subsidiaries to verify any information within the application. This may include using credit reporting agencies.

PATIENT'S SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

PARENT/LEGAL REPRESENTATIVE'S SIGNATURE (IF NOT PATIENT): _____ **DATE:** _____

MAIL OR EMAIL COMPLETED APPLICATIONS AND DOCUMENTATION TO:

Attention: Financial Assistance Dept.

- Kalkaska Memorial Health Center, 419 S Coral St, Kalkaska, MI 49646
- MHC Cadillac Hospital, 400 Hobart St, Cadillac, MI 49601
- MHC Charlevoix Hospital, 14700 Lake Shore Dr, Charlevoix, MI 49720
- MHC Grayling Hospital, 1100 E Michigan Ave, Grayling, MI 49738
- MHC Manistee Hospital, 1465 E Parkdale Ave, Manistee, MI 49660
- MHC Otsego Memorial Hospital, 825 N Center Ave, Gaylord, MI 49735
- Munson Medical Center, 1105 Sixth St, Traverse City, MI 49684
- Paul Oliver Memorial Hospital, 224 Park Ave, Frankfort MI 49635

EMAIL: MHC-financialassistance@mhc.net
For assistance, call 231-935-2350