



Instrucciones para la solicitud de asistencia financiera

Brindaremos asistencia financiera para servicios necesarios por razones médicas para pacientes que califiquen.

La calificación para asistencia financiera se basará en las Guías Federales de Pobreza (publicadas anualmente en el Registro Federal). Los pacientes que indiquen que no cuentan con seguro o cualquier otro medio para pagar los servicios necesarios por razones médicas pueden solicitar ser considerados para asistencia financiera.

Los pacientes que soliciten asistencia financiera DEBEN solicitar todo tipo de asistencia a través de los programas gubernamentales locales, estatales y federales (Medicaid, County Health Plans, etc.) y proporcionar pruebas de la solicitud y/o denegación del programa a McLaren Health Care.

SÍRVASE ENTREGAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- **SOLICITUD COMPLETA PARA ASISTENCIA FINANCIERA** (no se considerarán las solicitudes que estén incompletas)
- **EVIDENCIA DE INGRESOS FAMILIARES** (ÚLTIMOS DOS TALONES DE CHEQUES, ESTADOS DE CUENTA BANCARIOS U OTRA EVIDENCIA)
- **FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS** (SI ACTUALMENTE NO CUENTA CON NINGÚN INGRESO)
- **COPIA DE LA ÚLTIMA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS PRESENTADA**
- **INDIQUE SI ALGUNA DOCUMENTACIÓN ES INACCESIBLE**

McLaren Health Care puede solicitar documentos financieros adicionales para procesar la Solicitud para asistencia financiera.

DEVUELVA LA SOLICITUD COMPLETA Y LOS DOCUMENTOS QUE LA RESPALDEN EN UN PLAZO DE CATORCE (14) DÍAS A:

McLaren Corporate Services
Attn: Revenue Cycle Operations
50820 Schoenherr Rd.
Shelby Township, MI 48315

Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia para completar la solicitud, sírvase contactar al:
Departamento de Servicios
Financieros para Pacientes
(844) 321-1557



HEALTH CARE

Formulario de verificación de ingresos

Este formulario solo se debe usar cuando la solicitud para asistencia financiera no menciona ningún ingreso.

Todos los campos de este formulario se deben completar para que el formulario sea válido.

Nombre del solicitante:	Dirección actual del solicitante:
-------------------------	-----------------------------------

Verificación de ingresos del solicitante:

Yo, _____, certifico que no he percibido ingresos salariales o no salariales. Autorizo a McLaren Health Care para que verifique esta declaración. Comprendo que si McLaren Health Care encuentra que he percibido ingresos salariales o no salariales, estaré descalificado para recibir asistencia financiera.

Actualmente me apoyan (mencione cómo cubre sus gastos básicos, alimentación, ropa, alojamiento, incluyendo los nombres de todos los individuos que le brindan apoyo):

Comprendo que un representante de McLaren Health Care puede ponerse en contacto con las personas mencionadas anteriormente para verificar la información provista.

Firma

Firma del solicitante: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____



ATENCIÓN MÉDICA

- McLaren-Bay Region
- McLaren-Bay Special Care
- McLaren Cancer Institute
- McLaren-Central Michigan
- McLaren-Clarkston
- McLaren-Flint
- McLaren-Greater Lansing
- McLaren Health Care
- McLaren Health Plan
- McLaren Homecare Group
- McLaren-Lapeer Region
- McLaren-Macomb
- McLaren Medical Group
- McLaren-Oakland
- McLaren-Orthopedic
- Hospital Northern Michigan Regional Hospital
- Otros _____

Solicitud para asistencia financiera

Total del/de los saldo(s) adeudado(s) _____ N° de cuenta _____

Nombre del paciente _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número telefónico de casa _____ Número telefónico alternativo _____

Nombre de la parte responsable (aval) _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Patrón _____ Número telefónico del trabajo _____

Marque una de las siguientes opciones: Activamente empleado Trabajador independiente Desempleado Jubilado Discapacitado

Si está empleado o está trabajando: Tiempo completo Tiempo parcial Temporal Promedio de horas por semana _____

Nombre del cónyuge _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Patrón del cónyuge _____

Marque una de las siguientes opciones: Activamente empleado Trabajador independiente Desempleado Jubilado Discapacitado

Si está empleado o está trabajando: Tiempo completo Tiempo parcial Temporal Promedio de horas por semana _____

Nombre y edad de los dependientes (incluya sus datos y los de su cónyuge) _____

AHORROS (cuenta de mercado monetario, Certificado de Depósito, Cuenta de Retiro Individual), cuenta corriente y cuenta de la Cooperativa de Crédito

Nombre del banco	Ciudad	Tipo de cuenta	Saldo

¿Cuenta con casa propia? Si No Si responde afirmativamente, liste a continuación.

¿Posee alguna otra propiedad? Vehículos, vehículos recreativos, otros bienes raíces Sí No Si la respuesta es afirmativa, liste a continuación.

BIENES

Bienes: casa, vehículo, etc.	Valor de mercado	Monto pendiente del préstamo

INGRESOS Y GASTOS DOMÉSTICOS MENSUALES

Detalles de ingresos	Monto (mensual)	Detalles de gastos	Monto (mensual)
Pago bruto familiar total		Alquiler/hipoteca	
Ingresos del Seguro Social		Impuestos a la propiedad	
Ingresos de interés		Automóvil	
Ingresos por alquileres		Seguro: Propietarios	
Pensión alimenticia		Seguro: Automóvil	
Manutención infantil		Seguro: Salud	
Pensión		Seguro: Vida	
Asistencia general		Servicios	
Desempleo		Comestibles	
Asistencia estatal o federal		Gasolina	
Contribuciones de otros		Médico	
Ingresos por contrato de terrenos		Pensión alimenticia o manutención infantil	
Compensación del trabajador		Otros	
Asignaciones por familia de militares		Otros	
Otros (especifique)		Otros	

PRÉSTAMOS POR CUOTAS Y TARJETAS DE CRÉDITO

Acreeedor	Saldo adeudado	Pago mensual

Total de ingresos	Total de gastos

Adjunte cualquier detalle adicional con respecto a sus ingresos y gastos que pueda ser pertinente para su solicitud.

Por medio del presente documento confirmo que la información brindada anteriormente es correcta a mi saber y entender. Autorizo a McLaren Health Care Corporation (MHCC) y sus subsidiarias a que verifiquen la integridad y exactitud de cualquier información brindada. Además, autorizo que dicha información esté disponible para su divulgación para MHCC y sus afiliadas. Comprendo que como una organización benéfica, MHCC puede brindarme atención gratuita o con descuento. Además, comprendo que se puede obtener un informe de crédito personal en el proceso de tomar una decisión.

Firma del paciente o la parte responsable _____ Fecha _____

Firma del cónyuge _____ Fecha _____

Las aprobaciones son válidas durante seis meses, luego de dicho periodo se necesitará información actualizada para futuros servicios. Se deben efectuar los arreglos acordados de pago para cualquier saldo restante y pueden ser evaluados a la discreción de MHCC.

APROBADA DENEGADA FIRMA AUTORIZADA _____

FECHA _____

MOTIVO DE LA DENEGACIÓN: