



Instrucciones de Solicitud de Asistencia Financiera

Daremos Asistencia Financiera para servicios Médicos Necesarios a los pacientes que cumplan con los requisitos.

La decisión de calificación para recibir asistencia financiera está basada en los Lineamientos Federales de Pobreza (publicados anualmente en el Registro Federal). Los pacientes que indiquen no tener seguro u otros medios para pagar servicios médicos necesarios pueden solicitar que se les tome en cuenta para recibir Asistencia Financiera.

POR FAVOR ENTREGUE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- **SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA LLENA** (las solicitudes sin completar no serán consideradas).
- **COMPROBANTE DE INGRESOS DEL HOGAR**
Residentes de Michigan: Últimos 4 talones de cheque y 2 estados de cuenta bancarios u otro comprobante de ingresos.
Residentes de Ohio: comprobante de ingresos de tres meses.
- **FORMATO DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS** (SI ACTUALMENTE NO TIENE NINGÚN INGRESO).
- **COPIA DE SU ÚLTIMA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS.**
- **POR FAVOR INDICAR SI HAY DOCUMENTACIÓN QUE NO PUEDE PROPORCIONAR**

McLaren Health Care puede solicitar documentos financieros adicionales si es necesario para procesar la Solicitud de Asistencia Financiera.

POR FAVOR ENTREGUE LA SOLICITUD LLENA Y LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE EN LOS PRÓXIMOS CATORCE (14) DÍAS A:

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

O al correo electrónico: FinancialAssistance@mclaren.org

Se deberá entregar toda la información solicitada para que pueda procesarse/revisarse para suministrar Asistencia Financiera.

Si tiene alguna duda o necesita ayuda para completar la solicitud por favor comuníquese a:

Servicios Financieros del Paciente
Departamento de Servicio al Cliente

(844)321-1557



Formulario de Verificación de Ingresos

Este formulario solo deberá utilizarse si el solicitante de Asistencia Financiera indica que no recibe ingresos.

Todos los campos de este formulario deben llenarse para que tenga validez.

Nombre del Solicitante	Dirección Actual del Solicitante
------------------------	----------------------------------

Verificación de Ingresos del Solicitante
<p>Yo, _____, certifico que no recibo ningún ingreso. Mediante este documento autorizo a McLaren Health Care a verificar la declaración anterior. Entiendo que si McLaren Health encuentra que tengo algún ingreso salarial o no salarial no calificaré para recibir asistencia financiera.</p> <p>Actualmente, recibo apoyo de (indique cómo está pagando por sus gastos básicos, comida, ropa, alojamiento. Incluya los nombres de todos los individuos que le apoyan):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Entiendo que un representante de McLaren Health Care puede ponerse en contacto con los individuos arriba mencionados para verificar la información provista.</p>

Firma
Firma del Solicitante: _____
Nombre Impreso _____
Fecha _____



- 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
- McLaren Northern Michigan
- McLaren Caro Region
- McLaren Thumb Region
- McLaren St. Lukes
- Otro _____

Solicitud de Asistencia Financiera

Total de Deuda(s) por Pagar _____ Números de Cuenta _____

Nombre del Paciente _____ No. De Seguridad Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección de Casa _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Alternativo _____

Nombre de Parte Responsable (Aval) _____ No. De Seguridad Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

Por Favor Marque Uno: Empleado Actualmente Empleo Independiente Desempleado Retirado Discapacitado

Si tiene empleo, trabaja: Tiempo Completo Medio Tiempo Informal No. Promedio De horas/semana _____

Nombre del Cónyuge _____ No. De Seguridad Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Empleador del Cónyuge _____

Por Favor Marque Uno: Empleado Actualmente Empleo Independiente Desempleado Retirado Discapacitado

Si tiene empleo, trabaja: Tiempo Completo Medio Tiempo Informal No. Promedio De horas/semana _____

Nombre y Edad de las Personas que Dependen de Usted (incluirse a sí mismo y a su cónyuge) _____

Cuentas de AHORROS (CD, Mercado Monetario, Cuenta de Retiro), Cheques y Cooperativas

Nombre del Banco	Ciudad	Tipo de Cuenta	Estado de Cuenta

¿Tiene casa propia? Sí No Si responde sí, regístrelo abajo.

¿Tiene otras propiedades? Vehículos, Caravanas, otro bien raíz Sí No Si responde sí, regístrelo abajo.

BIENES

Tipo de bien - Casa, Vehículo, etc.	Valor de Mercado	Cantidad Por Pagar del Préstamo

INGRESO Y GASTOS MENSUALES DEL HOGAR

Ingreso	Cantidad (Mensual)	Gasto	Cantidad (Mensual)
Ingreso Total Bruto del Hogar		Renta/Hipoteca	
Ingreso por Seguridad Social		Impuestos sobre Propiedades	
Ingreso por Intereses		Automóvil	
Ingresos por Renta		Seguro: Casa	
Manutención		Seguro: Automóvil	
Pensión Alimenticia		Seguro: Médico	
Pensión		Seguro: Vida	
Asistencia General		Servicios	
Desempleo		Abarrotes	
Asistencia Estatal/Federal		Gasolina	
Contribuciones de Otros		Médico	
Compraventa de terreno		Manutención/Pensión Alimenticia	
Compensación para Trabajadores		Otro	
Pensión para Familia de Militares		Otro	
Otro (por favor especifique)		Otro	

PAGOS EN PARTES DE PRÉSTAMOS Y CRÉDITOS

Acreedor	Cantidad por Pagar	Pago Mensual

Ingreso Total	Gastos Totales

Por favor adjunte cualquier otro detalle sobre sus Ingresos y Gastos que sean relevantes para esta solicitud.

Por este medio afirmo que la información aquí mencionada es correcta a mi leal saber y entender. Autorizo a McLaren Health Care Corporation (MHCC) y a sus subsidiarias a verificar cualquier información para la plenitud y precisión de la misma. Adicionalmente, autorizo que dicha información esté disponible para el conocimiento de MHCC y sus afiliados. Comprendo que MHCC en su carácter de organización de beneficencia puede ofrecerme atención con un descuento o de forma gratuita. Además, entiendo que podrá solicitarse un informe de crédito personal durante el proceso de toma de decisiones a este respecto.

Firma del Paciente o de la Parte Responsable

Fecha

Firma del Cónyuge

Fecha

Las aprobaciones tienen una validez de doce meses. Al término de este periodo se requerirá una actualización de la información para cualesquiera servicios futuros. Se deberán hacer arreglos de pago convenientes para cualquier débito remanente. Estos podrán re evaluarse a discreción de MHCC.

FIRMA AUTORIZADA

FECHA

DECISIÓN

--