

(For Hospital Use Only)

Account #s:



Trinity Health

(For Hospital Use Only)

Date:

Pending
Approved
Denied

Mercy Campus Hackley Campus Lakeshore Campus Saint Mary's

SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Servicios profesionales proporcionados por médicos u otros proveedores pueden facturarse por separado.

Aplicación de asistencia financiera es a discreción de los proveedores de acuerdo con sus políticas, procedimientos y regulaciones aplicables.

La información proporcionada en esta solicitud puede ser proporcionada a proveedores afiliados para ayudar al paciente.

Nombre de Paciente			Fecha de nacimiento
Dirección		Teléfono	Tel. msj.
Ciudad/Estado/Zip			Número de seguro social
Dirección postal (si es otra)			

IGUALDAD EN LA ATENCION (Opcional)

¿Es usted Latino o Hispano?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declino
Raza:		<input type="checkbox"/> American Indian / Alaska Native <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiian u Otro Pacific Islander <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Declino
Idioma de preferencia	Escrito	Hablado:

POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE POR CADA PERSONA EN SU CASA:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación al paciente

Aplicación

¿Tiene seguro médico?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Nombre del seguro /ID	
Si No, solicitaste seguro a través del mercado de seguros de salud?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Por favor seleccione el motivo que no completó la solicitud y <u>proporcione la documentación disponible</u>	<input type="checkbox"/> Yo no califico <input type="checkbox"/> No puedo pagar la mensualidad <input type="checkbox"/> Estoy exento de sanciones <input type="checkbox"/> Otro - por favor incluir una carta de explicación con la aplicación
¿Tiene Medicaid?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Número del Medicaid	
¿Recibe ayuda para sus facturas médicas? (ej.: Access Health, Amish, County Health Dept., Institución Religiosa, Indian Reservation, Muskegon Care, Sliding-fee Scale o Tencon)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Número de caso	
¿Tiene Medicare?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Número de Medicare	

¿Ha solicitado beneficios por Incapacidad?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	¿Cuándo?	
¿Alguien en su casa es veterano de guerra?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	¿Nombre?	
¿Alguna persona en la casa ha sido desempleado(a) en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	¿Nombre?	
¿Esa persona recibió beneficios de salud?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Nombre del seguro /ID	
Si usted responde "sí" a cualquiera de las siguientes preguntas, tendrá que solicitar Medicaid antes de ser elegibles para Asistencia financiera				
¿Es menor de 21 años?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
¿Tiene o es mayor de 65 años?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
¿Está embarazada o lo ha estado en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
¿Es ciego o incapacitado?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
¿Es padre o familiar cercano que actúa como un padre para un niño menor de 18 años?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		

BIENES

CANTIDAD

Dinero en efectivo		\$
Balance de cuenta corriente (cheques)	Banco:	\$
Balance de cuenta de ahorros	Banco:	\$
Inversiones u otros títulos		\$
Cuenta de ahorros por jubilación	Banco:	\$
Valor real del seguro de vida		\$
Otras propiedades que no sean su residencia principal	Lugar:	\$

Lista los vehículos de su propiedad a continuación: (incluyen los automóviles, camiones, motos, tráiler, motocicletas, etc.)

Tipo de vehículo	Año	Valor
		\$
		\$
		\$

Total, de bienes: \$

Empleo

Persona(s) empleados	Empleador	Cantidad antes de impuestos	Por :	Cantidad mensual antes de impuestos
			<input type="checkbox"/> Sem <input type="checkbox"/> 2Sem <input type="checkbox"/> Mes	
			<input type="checkbox"/> Sem <input type="checkbox"/> 2Sem <input type="checkbox"/> Mes	
			<input type="checkbox"/> Sem <input type="checkbox"/> 2Sem <input type="checkbox"/> Mes	

OTRAS FUENTES DE INGRESO MENSUALES

Fuente	Mensual	Anual
Pensión infantil / alimenticia de divorcio	\$	\$
Programa de Asistencia Federal... Tipo Efectivo/Cupones de alimentos).	(por ejemplo, En \$	\$

Retiro (Ej. Pensión / IRA / 403(b) / Pago de Anualidad)	\$	\$
Seguro Social / Seguro Social por Incapacidad	\$	\$
Desempleo o <i>Compensación de Trabajo</i> (Fecha de comienzo: _____ / Fecha de finalización: _____).	\$	\$
Otros ingresos (Acciones/Bonos/Anualidades/Intereses/Propiedades de renta)	\$	\$
Cantidad total de ingresos bruto de otras fuentes mensuales	\$	\$

OBLIGACIONES/GASTOS MENSUALES

Tipo de gastos	Total Mensual:	Saldo pendiente:	Anual Para uso de la oficina
<input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Hipoteca... (Balance de hipoteca \$ _____)	\$	\$	\$
Gastos de súper Mercado / Comida	\$	\$	\$
Gastos de cuidado infantil / niños	\$	\$	\$
Pensión infantil (<i>Child support</i>) / Pensión alimenticia de divorcio (<i>Alimony</i>)	\$	\$	\$
Utilidades...Gas \$ _____ Electricidad \$ _____ Agua/Alcantarillado \$ _____	\$	\$	\$
Teléfono...Móvil/casa/etc.)	\$	\$	\$
Gastos de medicamentos (co-pagos, pago en efectivo, etc.)	\$	\$	\$
Gastos médicos (visitas al doctor, gastos de hospital, otros médicos) Proporcione una lista detallada con copias de las facturas más recientes si está disponible	\$	\$	\$
Cobros del seguro.....Salud \$ _____ Auto \$ _____ Casa \$ _____	\$	\$	\$
Pagos de préstamo automóvil Balance pendiente:	\$	\$	\$
Transporte (Autobús, taxi)	\$	\$	\$
Pagos de préstamos Tipo _____ Balance \$ _____	\$	\$	\$
Pagos de tarjeta de crédito (balance(s) total de tarjeta de crédito \$ _____)	\$	\$	\$

VERIFICACION DE INGRESOS E IDENTIFICACION

Por la presente autorizo a Trinity Health (Mercy Health, Saint Joseph Regional Medical Center y Muskegon Community Health Project y oficinas de médicos afiliados) a divulgar información ya archivada para asistir en la inscripción de varios programas de salud y servicios humanos que estoy solicitando. Entiendo que esta información puede incluir información financiera, médica y/o cualquier otra que mi expediente contenga.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU (HHS por sus siglas en inglés) regula las normas federales de privacidad comúnmente conocidas como normas de privacidad HIPAA (por sus siglas en inglés). HIPAA exige proteger su información médica a la mayoría de los médicos, enfermeras, farmacias, hospitales y otros profesionales de la salud. Aun cuando HIPAA exige proteger su información médica a los profesionales de la salud, a éstos se les permite, en la mayoría de las circunstancias, comunicarse con los familiares, amigos u otros que se encuentren envueltos, tanto en el cuidado, como en el pago por el cuidado del paciente.

Por la presente autorizo a Trinity Health **utilizar la información en mi solicitud de Medicaid para determinar mi elegibilidad para ayuda financiera.** Entiendo que me pueden pedir proporcionar información adicional y documentación para completar mi aplicación de asistencia financiera.

Certifico que, al mejor de mi conocimiento, la información entregada en esta solicitud es verdadera y completa. Entiendo que esta información va a ser verificada y tratada en forma personal y confidencial. Entiendo también que voy a ser responsable por la devolución en pagos por cualquier servicio recibido en lugares afiliados a Trinity Health si la información anterior se entregó con pretensiones falsas.

FIRMA_

FECHA_

FIRMA DEL ESPOSO(A) _____
(si corresponde)

FECHA_

Fecha de solicitud: _

Solicitud confidencial de cobertura de medicamentos o asistencia de visión
Solo para uso de Mercy Health en Muskegon

Si solicita asistencia de visión o cobertura de medicamentos, por favor complete la **Aplicación de asistencia financiera** Y este formulario. Esta asistencia está coordinada por separado por el proyecto de salud de la comunidad de Muskegon Community Health Project (MCHP). Envíe este formulario y aplicación:

Mercy Health Patient Business Center
Customer Service
34375 W. 12 Mile Rd.
Farmington Hills, MI 48331

Nombre de Paciente			Fecha de nacimiento
Dirección		Teléfono	Tel. msj.
Ciudad/Estado/Zip			Número de seguro social
Dirección postal (si es otra)			

PROVEEDOR & ASISTENCIA DE MEDICAMENTOS

Médico primario			
Oficina		Numero de Teléfono	
Dirección		Ciudad/Estado/Zip	
¿Tiene cuentas pendientes con Mercy Health Physician(s)?	Si, Total pendiente		
Número(s) de cuenta(s)			

MEDICAMENTOS ACTUALES

Nombre y Dosis	Veces al día	Nombre del médico (si es diferente)

¿Tiene usted Medicare Cobertura Parte D?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Número del Medicare	
¿Tiene usted alguna cobertura para medicamentos con receta?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Nombre del seguro /ID	

ASISTENCIA DE VISIÓN

¿Ha recibido la ayuda de Lion's Club antes?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	¿Cuándo y qué tipo?
¿Cuándo fue la última vez que tuvo un examen de visión?	Fecha		Donde

Firma

Fecha _

Firma representativa _

Relación _

Fecha _