

[Fecha]

Estimado paciente/solicitante

MyMichigan se caracteriza por su espíritu compasivo y su dedicación a ofrecer una atención personalizada a todas las personas, especialmente a quienes más lo necesitan. Nuestra misión y privilegio es ofrecer asistencia financiera a nuestros pacientes. La asistencia financiera está disponible sólo para atención de urgencia y otro tipo de atención médicamente necesaria. Gracias por confiar en nosotros para atenderlo a usted y a su familia en todas sus necesidades de atención médica.

Le enviamos esta carta y la solicitud de asistencia financiera adjunta en respuesta a su petición. Si no lo solicitó, no lo tome en cuenta. Llene ambos lados de la solicitud e incluya su firma y la fecha antes de enviarla de regreso. Notifique si llenó una solicitud en los últimos seis meses y obtuvo la aprobación para recibir asistencia financiera, ya que podría no necesitar llenar otra solicitud de nuevo. Desafortunadamente, no es posible basarnos en una solicitud anterior que se haya presentado hace más de seis meses.

Junto con la solicitud, tiene que presentar comprobantes de ingresos de las personas que viven en su casa y comprobantes de todos los bienes propiedad de cualquiera de ellos.

Los ejemplos de comprobantes de ingresos y bienes incluyen:

- Copias de los tres últimos comprobantes de pago de salario del empleador.
- Copias de la declaración de impuestos anual más reciente (si trabaja por su cuenta, incluya todos los anexos).
- Carta de pensión del Seguro Social y/o de jubilación.
- La declaración de impuestos anual más reciente del padre, madre o tutor, si el solicitante es un dependiente que figura en su declaración impuestos y es menor de 25 años.
- Copia del recibo de los beneficios por desempleo.
- La aprobación o negación de elegibilidad de Medicaid y/o a la atención médica financiada por el Estado.
- Otros documentos de comprobación de ingresos.

Los ejemplos de comprobantes de bienes incluyen:

- Estados de cuenta bancarios recientes (cuentas de cheques y de ahorros) de los últimos 3 meses.
- Inversiones, incluso acciones y bonos.

- Fondos fiduciarios.
- Cuentas en el mercado de valores.
- Fondos de inversión.

Si recibe ayuda de familiares o amigos o vive con ellos, pídeles que llenen el formulario adjunto titulado "Carta de apoyo". Esto no significa que ellos serán responsables del pago de sus facturas de gastos médicos, sino que le ayudará a demostrar cómo puede pagar sus gastos de manutención. Si no recibe ayuda de familiares y amigos, no es necesario que llene el formulario de la Carta de apoyo.

Por último, podemos tomar en cuenta sus facturas de gastos médicos pendientes para que pueda calificar para obtener asistencia financiera. Si desea que se tome esto en cuenta, proporcione también documentación de los gastos mensuales médicos, de farmacia o medicamentos pendientes de pago, pueden ser facturas o balances de estados de cuenta recientes. **Debe tomar en cuenta que es necesario recibir 1) la solicitud con datos completos junto con; 2) los comprobantes de ingresos; 3) comprobantes de bienes y; 4) las facturas de gastos médicos pendientes (si es el caso) para que la solicitud se tome en consideración. No es posible procesar o tomar en cuenta solicitudes cuyos datos no estén completos.**

Cuando envíe su solicitud, tome en cuenta que los envíos por correo electrónico a través de Internet no son seguros. Aunque la probabilidad es poca, existe la posibilidad de que la información que incluya en un correo electrónico se pueda interceptar y otras personas, además de la persona a la que va dirigida, la puedan leer. Nos interesa proteger su información personal y asegurar que permanezca segura. Debido a que la solicitud contiene su número de seguro social y otra información personal, le pedimos que no la envíe por correo electrónico.

Imprima la solicitud ya completa, adjunte la documentación de apoyo y envíelas por correo postal o entréguelas personalmente en las siguientes direcciones:

Centro/Consultorio donde se prestó el servicio:	
MyMichigan Medical Center Saginaw	3274 Solutions Center, Chicago, IL 60677-3002
MyMichigan Medical Center Standish	3274 Solutions Center, Chicago, IL 60677-3002
MyMichigan Medical Center Tawas	3274 Solutions Center, Chicago, IL 60677-3002
MyMichigan Medical Group	PO Box 80278, Indianapolis, IN 46240

Nuestro objetivo es ayudar y asegurarnos de que los pacientes que califiquen reciban la asistencia financiera que solicitan. Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, los documentos de apoyo necesarios o la mejor manera de hacernos llegar su solicitud, llame a uno de nuestros Representantes de pacientes al teléfono correspondiente:

Centro/Consultorio donde se prestó el servicio:	Número de teléfono
MyMichigan Medical Center Saginaw	888-978-6279
MyMichigan Medical Center Standish	888-978-6279
MyMichigan Medical Center Tawas	989-362-0018

Atentamente,

Servicios Financieros para Pacientes
MyMichigan

Formulario de solicitud de asistencia financiera

Información del paciente

(Utilice letra impresa y llene todos los campos. Indique N/A si algo no es aplicable en cualquier línea individual en la solicitud).

Fecha _____ Número de cuenta _____ Nombre del hospital _____
Nombre (nombre y apellido) _____
Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____
Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Número de seguro social (opcional) _____
Empleador _____ Situación laboral _____
Número de horas trabajadas por semana _____ Número de teléfono del empleador _____

Datos de la persona responsable o tutor legal

(Si el paciente es la persona responsable, deje esta sección en blanco).

Nombre (nombre y apellido) _____
Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____
Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Número de seguro social (opcional) _____
Empleador _____ Situación laboral _____
Número de horas trabajadas por semana _____ Número de teléfono del empleador _____

Datos del conyugue de la persona responsable

(Si el paciente es la persona responsable, incluya la información del conyugue por el paciente).

Nombre (nombre y apellido) _____
Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____
Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Número de seguro social (opcional) _____
Empleador _____ Situación laboral _____
Número de horas trabajadas por semana _____ Número de teléfono del empleador _____

Dependientes de la persona responsable

(Si el paciente es la persona responsable, incluya la información del conyugue por el paciente).

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la persona responsable _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la persona responsable _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la persona responsable _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la persona responsable _____
Número de adultos y niños en su casa. _____

Ingreso mensual

(Ingrese la cantidad en dólares para cada artículo en la lista a continuación. Proporcione la cantidad mensual para cada uno).

Ingresos percibidos por el solicitante _____	Pensión alimenticia recibida para los hijos _____
Ingresos del conyugue del solicitante _____	Pensión alimenticia recibida para excónyuge _____
Beneficios del seguro social _____	Ingresos por renta de propiedades _____
Ingreso por pensión y/o jubilación _____	Cupones para alimentos _____
Ingreso por discapacidad _____	Beneficios del fondo fiduciario recibidos _____
Compensación por desempleo _____	Otros ingresos _____
Compensación del trabajador _____	Otros ingresos _____
Ingreso por intereses y/o dividendos _____	Total de ingresos brutos mensuales \$ _____

Gastos de manutención mensuales

Hipoteca y/o renta _____	Pensión alimenticia para hijos y/o excónyuge _____
Servicios públicos _____	Tarjetas de crédito _____
Teléfono (línea fija) _____	Facturas de médicos y hospitales _____
Teléfono móvil _____	Seguro de vehículo _____
Comestibles y alimentos _____	Seguro de bienes inmuebles _____
Televisión por cable/Internet/satélite _____	Seguro de gastos médicos _____
Pago de vehículo _____	Seguro de vida _____
Guardería o niñera _____	Otros gastos mensuales _____
	Total de gastos mensuales \$ _____

Bienes

Dinero en efectivo, cuentas de cheques y/o de ahorros _____

Acciones/bonos/inversiones/certificados de depósito _____

Otros bienes inmuebles y/o vivienda secundaria _____

Barco/casa rodante o remolque/motocicleta/vehículo recreativo _____

Automóviles de colección o no esenciales _____

Otros bienes _____

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, la información anterior es correcta y completa. Por la presente autorizo al hospital a obtener información de agencias externas de informes crediticios si el hospital lo considera necesario.

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Comentarios _____



Carta de apoyo

Número de expediente médico y número de cuenta del paciente _____

Nombre de la persona que lo apoya _____

Relación con el paciente o solicitante _____

Dirección de la persona que apoya al paciente _____

Para MyMichigan:

Esta carta es para notificar que (nombre del paciente) _____ recibe poco o ningún ingreso y yo le ayudo con sus gastos de manutención. Él o ella no tienen ninguna obligación moral o legal conmigo.

Al firmar esta declaración, confirmo que la información facilitada es correcta a mi leal saber y entender.

Firma de la persona que brinda apoyo _____

Fecha _____