

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del paciente: _____

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS

Asegúrese de enviar los siguientes artículos para garantizar que se procese su solicitud:

- Solicitud completada. Complete **todos los campos**, firme y feche la solicitud. Si algo no corresponde a su situación, marque un cero o N/C.
- Declaración federal de impuestos completa y firmada del año más reciente para el solicitante y todos los adultos que tengan ingresos en el grupo familiar. (Esto incluye a las parejas no casadas). Se pueden obtener copias de declaraciones anteriores del Servicio de Impuestos Internos (IRS), llamando al 800-829-1040.
 - Marque aquí si no presentó una declaración de impuestos sobre la renta del año pasado y dé una explicación:

- Si solo recibe ingresos del seguro social y no declara impuestos, presente la declaración de Beneficios del Seguro Social de este año.
- Se debe determinar la elegibilidad para todos los demás seguros y opciones de pago de terceros, incluida la Asistencia Médica (Medicaid), antes de calificar para recibir los beneficios de Asistencia Financiera.
- Carta de rechazo de Medicaid (consulte el n.º 4 en la página siguiente).
- Verificación de ingresos: los últimos dos (2) recibos de sueldo, una declaración federal de impuestos sobre la renta reciente, el formulario W-2 o 1099 más reciente, la carta de concesión del seguro social, la declaración de desempleo, la carta de concesión de compensación laboral, la declaración de pensión o anualidad.
- Prueba de identidad: una licencia de conducir, una tarjeta de identificación escolar, una tarjeta de registro de votante, una tarjeta militar de los EE. UU. o registro de reclutamiento, una tarjeta de identificación emitida por una institución federal, estatal o gubernamental.
- Verificación de residencia: una factura de servicios públicos, un contrato de alquiler/arrendamiento, una declaración de hipoteca, una factura de impuestos, una declaración de alojamiento y comida, una verificación por escrito del propietario.
- Copia de la declaración de impuestos sobre la propiedad de todos los inmuebles que tenga.
- Deuda médica pendiente que no sea de Mercy Iowa City.
- Otra documentación de apoyo.

****No envíe los documentos originales. No se los devolverán. Envíe fotocopias o traiga los documentos originales a la Oficina de Asesoramiento Financiero de Mercy Iowa City para que le hagan copias.****

Envíe el Formulario completado/firmado a:

Mercy Iowa City, P.O. Box 3130, Iowa City, IA, 52244.

1. **General.** Se considerará a todos los solicitantes, independientemente de su raza, color, credo, religión, nacionalidad, discapacidad, sexo, edad o estado con respecto a la asistencia pública.
2. **Solicitud.** La Solicitud de Asistencia Financiera debe enviarse al Coordinador del Programa junto con lo siguiente:
 - a. Copias completas de la declaración federal de impuestos sobre la renta más reciente del solicitante y de todos los adultos (mayores de 18 años) que tengan **ingresos en el grupo familiar**. Si una persona que debía presentar una declaración no lo hizo, o si las fuentes de ingresos cambiaron desde que se presentó la declaración, esa persona deberá presentar pruebas de sus ingresos durante los 12 meses inmediatamente anteriores a la solicitud. **Debe adjuntar la verificación de ingresos.**
3. **Servicios.** Los servicios de tratamiento de emergencia o médicamente necesarios proporcionados por Mercy Iowa City son elegibles para el Programa de Asistencia Financiera, incluidas las siguientes entidades de Mercy Iowa City: Los servicios que no se consideran médicamente necesarios no son elegibles para recibir el beneficio de Asistencia Financiera. Los ejemplos incluyen: Servicios cosméticos, reversión de la ligadura de trompas, análisis de semen, procedimientos quirúrgicos opcionales, audífonos.
4. **Elegibilidad.** Para solicitar Asistencia Financiera, el solicitante debe enviar la solicitud completada con una copia de su declaración federal de impuestos sobre la renta del año fiscal más reciente. El nivel de Asistencia Financiera lo determinará el Equipo de Elegibilidad de Medicaid o un representante designado. Si tiene preguntas, llame a Iowa Medicaid al 866-572-7662.

Aviso para los solicitantes no asegurados. Se debe determinar la elegibilidad para todos los demás seguros y opciones de pago de terceros, incluida la Asistencia Médica (Medicaid), antes de calificar para recibir los beneficios de Asistencia Financiera. **Debe incluir su rechazo de Asistencia Médica/Medicaid.**

- Todas las solicitudes deben estar acompañadas de una carta de rechazo de beneficios válida por cualquier motivo. Debe adjuntar el comprobante de rechazo. Sin estos documentos, no podremos procesar su solicitud.
5. **Pagos del solicitante.** Cuando se aprueba a un solicitante para recibir asistencia financiera parcial a través del Programa de Asistencia Financiera, el solicitante y Mercy Iowa City deben acordar y hacer el pago de cualquier saldo restante.
 6. **Pagos de fuentes colaterales.** Todos los ingresos disponibles del seguro médico se pagarán directamente a Mercy Iowa City. Si hay un seguro de responsabilidad, otro seguro privado, una demanda o un reembolso disponible de cualquier otra fuente, se pagará directamente a Mercy Iowa City o se acordará el pago directo, antes de que el solicitante sea elegible para recibir la Asistencia Financiera.
 7. **Derecho a modificar y revocar el plan.** Mercy Iowa City se reserva el derecho de modificar o revocar el programa de Asistencia Financiera, en cualquier momento, según lo considere necesario.
 8. **Envíe el formulario completado/firmado a:** Mercy Iowa City, P.O. Box 3130, Iowa City, IA 52244

****No envíe los documentos originales. No se los devolverán. Envíe fotocopias o traiga los documentos originales a la Oficina de Asesoramiento Financiero de Mercy Iowa City para que le hagan copias.****

PAUTAS DE ASISTENCIA FINANCIERA

Para solicitar Asistencia Financiera, todos los ingresos del grupo familiar incluidos en las declaraciones de impuestos aplicables deben mostrar que si se combinan los ingresos brutos con ajuste a nivel federal, estos se ajustan a las Pautas (FPG) que se establecen abajo. A los fines de las Pautas, el “Tamaño de la familia” representa el número de personas que residen en el hogar del solicitante para quienes se puede reclamar una exención en las declaraciones federales de impuestos sobre la renta. Los activos también se utilizan en la determinación de la Asistencia Financiera.

Ingresos del grupo familiar como % de las FPG	Descuento de Asistencia Financiera
150 % o menos	100 % de descuento
151-200 %	75 % de descuento
201-250 %	50 % de descuento
251-300 %	25 % de descuento
301 % o más	Sin descuento

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DEL DESCUENTO BASADOS EN LOS INGRESOS Y DESCUENTO									
Actualizados según los límites del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de 2021.									
Tamaño de la familia	1	2	3	4	5	6	7	8 o más	
Pautas de pobreza	\$12,880	\$17,420	\$21,960	\$26,500	\$31,040	\$35,580	\$40,120	\$44,660	
Primer Nivel: De 0 a 150 % de las pautas de pobreza o menos, si el Ingreso Familiar de un paciente es esta cantidad o menos.	Si el Ingreso Familiar de un paciente es esta cantidad o menos, el paciente recibirá un descuento del 100 % del saldo que adeuda como paciente.	\$19,320	\$26,130	\$32,940	\$39,750	\$46,560	\$53,370	\$60,180	\$66,320
Segundo Nivel: Más del 150 % y menos del 201 % de las pautas de pobreza.	Si el Ingreso Familiar de un paciente es esta cantidad o menos, el paciente recibirá un descuento del 75 % del saldo que adeuda como paciente.	Entre \$19,320 y \$25,760	Entre \$26,130 y \$34,840	Entre \$32,940 y \$43,920	Entre \$39,750 y \$53,000	Entre \$46,560 y \$62,080	Entre \$53,370 y \$71,160	Entre \$60,180 y \$80,240	Entre \$66,320 y \$89,320
Tercer Nivel: Entre el 201 % y el 250 % de las pautas de pobreza.	Si el Ingreso Familiar de un paciente es esta cantidad o menos, el paciente recibirá un descuento del 50 % del saldo que adeuda como paciente.	Entre \$25,760 y \$32,200	Entre \$34,840 y \$43,550	Entre \$32,940 y \$54,900	Entre \$43,920 y \$66,250	Entre \$62,080 y \$77,600	Entre \$71,160 y \$88,950	Entre \$80,240 y \$100,300	Entre \$89,320 y \$111,650
Cuarto Nivel: Más del 250 % y hasta el 300 % de las pautas de pobreza.	Si el Ingreso Familiar de un paciente es esta cantidad o menos, el paciente recibirá un descuento del 25 % del saldo que adeuda como paciente.	Entre \$32,200 y \$38,640	Entre \$43,550 y \$52,260	Entre \$54,900 y \$65,880	Entre \$66,250 y \$79,500	Entre \$77,600 y \$93,120	Entre \$88,950 y \$106,740	Entre \$100,300 y \$120,360	Entre \$111,650 y \$133,980
*Para las familias/los grupos familiares que tengan más de 8 personas, debe agregar \$4,540 por cada persona adicional.									
*Tenga en cuenta que la información de arriba sobre las Pautas de Pobreza del HHS de 2021 hace referencia a los 48 estados contiguos y al Distrito de Columbia. Alaska y Hawái tienen cálculos diferentes.									

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Número(s) de la cuenta

Cuenta(s) de Mercy Iowa City Hospital

Cuenta(s) de los servicios médicos y clínicos de Mercy Iowa City

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y FINANCIERA DEL GRUPO FAMILIAR DEL PACIENTE

Solicito a Mercy Iowa City que determine si soy elegible para el Programa de Asistencia Financiera de Mercy Iowa City para las facturas de mi hospital o clínica según los ingresos del grupo familiar y otra información financiera. Entiendo que debo proporcionar cierta información financiera. También entiendo que Mercy Iowa City o sus agentes pueden verificar la exactitud de la información. Entiendo que completar este formulario no garantiza que vaya a recibir esta ayuda financiera. Si no soy elegible para recibir la asistencia financiera, seré responsable de mis facturas del sistema de salud.

Escriba en letra de molde

Nombre (jefe del grupo familiar):			
	Nombre	Segundo nombre	Apellido
Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	
Dirección postal de la vivienda:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
N.º de teléfono (durante el día):	N.º de teléfono (durante la noche):		

Nombres y fechas de nacimiento de los miembros de la familia que viven con usted y de los que usted es responsable económicamente. Si vive en pareja y tienen un hijo, escriba el nombre de la pareja abajo y su información financiera en la página siguiente.		
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante

Ingreso del grupo familiar		Activos del grupo familiar	
Si vive en pareja y tienen un hijo, escriba su información financiera abajo.			
Sueldo/Salario (propio)	\$	Efectivo/Ahorros/Mercado monetario	\$
Sueldo/Salario (cónyuge/pareja)	\$	Cuentas corrientes	\$
Sueldo/Salario (demás personas del grupo familiar)	\$	Valor de la vivienda	\$
Pensión alimenticia/Manutención infantil	\$	Inversiones, Acciones/Bonos/Etc. (incluida la jubilación)	\$
Ingresos por inversiones (describa):	\$	Valor de propiedad de inversión (proporcione las declaraciones de impuestos sobre la propiedad para todos los inmuebles que tenga)	\$
Ingresos agrícolas	\$	Valor de propiedad no residencial	\$
Ingresos militares	\$	LLC o valor del negocio	\$
Seguro Social/Pensión/Anualidad	\$	Vehículos/barcos (valor comercial)	\$
Asistencia Pública (describa):	\$	Seguro de vida (valor en efectivo)	\$
Trabajo autónomo	\$	Otro:	\$
Ingresos por alquiler	\$		\$
Ingresos por desempleo	\$		\$
Otro ingreso (describa):	\$		\$
INGRESOS TOTALES	\$	ACTIVOS TOTALES	\$

NOTA: No se aprobarán solicitudes incompletas o imprecisas. Asegúrese de incluir la declaración de impuestos más reciente, tres (3) recibos de sueldo y demás documentos solicitados.

La información de arriba es verdadera a mi leal saber y entender. Proporcioné una verificación de ingresos con copias de la Declaración Federal de Impuestos sobre la renta más reciente de todos los ingresos del grupo familiar y cualquier otro documento de apoyo sobre ingresos y activos. Soy consciente de que omitir información o proporcionar información incorrecta o falsa puede resultar en la revocación retroactiva de mi asignación a la Asistencia Financiera. También se entiende que, si firmo este formulario, permito que Mercy Iowa City verifique todos los artículos listados.

Firma del solicitante/garante de la cuenta

Fecha

Firma del cónyuge/pareja/persona que ayuda al solicitante

Fecha

