

# Explicación de la Asistencia Financiera

El programa de asistencia financiera de Methodist Health System está diseñado para prestar servicio a quienes tengan necesidades financieras con equidad, consistencia y compasión.

Si tiene dificultades para pagar su factura de servicios, nuestro equipo financiero trabajará con usted para identificar y explicarle las opciones disponibles. Este servicio es gratuito y confidencial.

Requerimos su participación, incluidos un formulario de solicitud completa y documentos financieros. La información proporcionada se utilizará para evaluar su capacidad para pagar su factura.

Se puede ofrecer la opción de completar la solicitud por teléfono. Llame al servicio de atención al cliente para obtener más detalles.

Quienes califiquen para recibir asistencia obtendrán un descuento específico (hasta un 100% de descuento para atención de caridad).

## Revisaremos lo siguiente:

- Ingresos familiares brutos, activos y nivel de pobreza familiar para determinar la asistencia
- Sus gastos por servicios de atención médica en las filiales de Methodist Health System
- Sus deudas en otros centros de atención médica
- Recursos de pagadores externos, incluidos seguros privados y programas de asistencia gubernamental

Es importante recordar que usted puede ser elegible para prestaciones gubernamentales federales o estatales existentes u otros programas de asistencia. La asistencia financiera del Methodist Health System no sustituye estos programas. Nuestros asesores y el programa Firstsource pueden ayudarle con el proceso de inscripción para servicios y subsidios gubernamentales.

## Firstsource

Methodist Women's Hospital – (402) 815-1117  
Methodist Hospital (402) 354-6558  
Methodist Jennie Edmundson (712) 396-7297  
Methodist Fremont Health (402) 727-3549

**Los pacientes son responsables de los copagos al momento del servicio en cualquier visita.**

Si tiene preguntas sobre este formulario, visite [bestcare.org/financialassistance](http://bestcare.org/financialassistance) o llame al (402) 354-4230. Se ofrece atención al cliente de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Para pagar facturas en línea, visite [bestcare.org/billpay](http://bestcare.org/billpay).

## LEA LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR Y FECHAR EL DORSO DE LA SOLICITUD.

- Continuará recibiendo un estado de cuenta mensual mientras se revisa su solicitud.
- Se requiere comprobante de ingresos.
- Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta según mi leal saber y entender, y doy permiso a Methodist Health System para investigar la información proporcionada.
- Entiendo que la información se utilizará para evaluar mi capacidad de pagar los servicios proporcionados por Methodist Health System y para cualquier otro propósito comercial legal de Methodist Health System.
- Entiendo que, cuando se complete la evaluación, tendré 30 días para hacer arreglos sobre el saldo restante o mi cuenta puede derivarse a una agencia de cobranza externa.



## Solicitud de asistencia financiera de Methodist Health System

Methodist Hospital

Methodist Women's Hospital

Methodist Physicians Clinic

Methodist Jennie Edmundson Hospital

Methodist Fremont Health





## Solicitud de asistencia financiera de Methodist Health System

Envíe la solicitud completa por correo a Methodist Health System, PO Box 2797, Omaha, NE 68103-2797

Números de cuenta del paciente \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Esta solicitud no podrá ser procesada si no se recibe la documentación de ingresos.**

**Envíe la siguiente documentación obligatoria junto con esta solicitud completa y firmada:**

- Copia de la declaración de impuestos del formulario 1040 del IRS del año fiscal más reciente, incluidos todos los Anexos, W2, 1099 y Anexo C (autónomos)
- Copia del talón de pago más reciente de usted y su cónyuge
- Si tiene ingresos del Seguro Social: Copia de la carta del Seguro Social o extracto bancario que muestre el depósito más reciente del Seguro Social
- Si está desempleado: Copia de la compensación recibida, desempleo o compensación laboral
- Copia de dos meses de estados de cuenta bancarios (cuenta corriente, de ahorros, mercado monetario, etc.)
- Si trabaja por cuenta propia, copia de los extractos bancarios personales y comerciales de los últimos dos meses
- Si declara ingresos de \$0, adjunte una carta de apoyo que explique la situación/descripción de cómo se satisfacen las necesidades básicas

### Información del paciente/solicitante:

Nombre de correo electrónico	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Dirección
Domicilio/Apartado postal	N.º de apto. Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono durante el día	

**Información del cónyuge/hijo/dependiente:** Utilice una hoja de papel adicional si es necesario.

Nombre y apellido	R. Parentesco	Fecha de nacimiento	Nombre y apellido	Parentesco	Fecha de nacimiento
1. _____	_____	_____	3. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____	4. _____	_____	_____

### Ingresos laborales- Documentación requerida:

#### Empleador del paciente/solicitante:

empleo: \_\_\_\_\_ Ingresos brutos mensuales: \$ \_\_\_\_\_ Antigüedad en el

Si está desempleado, fecha del desempleo: (DD, MM, AAAA) \_\_\_\_\_ ¿Cuál era su ingreso antes del desempleo? \$ \_\_\_\_\_

Si es autónomo, proporcione los activos de su negocio/empresa/productos, etc. \$ \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge: Ingresos brutos mensuales: \$ \_\_\_\_\_ Duración del empleo: \_\_\_\_\_

Si está desempleado, fecha del desempleo: (DD, MM, AAAA) \_\_\_\_\_ ¿Cuál era el ingreso de su cónyuge antes del desempleo? \$ \_\_\_\_\_

#### Otra fuente de ingresos (indique el monto recibido mensualmente y proporcione documentación):

Pensión del Seguro Social \$ \_\_\_\_\_ Pensión alimenticia \$ \_\_\_\_\_ Desempleo \$ \_\_\_\_\_ Compensación laboral \$ \_\_\_\_\_  
Asistencia de VA \$ \_\_\_\_\_ Jubilación \$ \_\_\_\_\_

Marque con un círculo Si actualmente recibe Asistencia Pública/SNAP/WIC (proporcione documentación)

**Activos- Documentación requerida:** Efectivo y cuenta corriente \$ \_\_\_\_\_ Ahorros \$ \_\_\_\_\_ Mercado monetario \$ \_\_\_\_\_

CD \$ \_\_\_\_\_ Acciones / Bonos \$ \_\_\_\_\_ Cuentas de inversión (no de jubilación) \$ \_\_\_\_\_

Bienes inmuebles (que no sean la residencia principal) Valor \$ \_\_\_\_\_ Dirección de la propiedad: \_\_\_\_\_

**Pasivos/Gastos mensuales:** Otras facturas de atención médica/farmacia \$ \_\_\_\_\_ mes. Total adeudado: \$ \_\_\_\_\_

\*\* **Firma y fecha** \*\* Firma (Solicitante/Garante) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Aviso de confidencialidad:** Los documentos que acompañan a esta transmisión pueden contener información confidencial o legalmente privilegiada. Si usted no es el destinatario previsto, cualquier divulgación o distribución está estrictamente prohibida. Si usted no es el destinatario previsto, notifique al remitente de inmediato y destruya estos documentos.