

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 completo 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 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.

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





METHODIST

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	_____	Parentesco	_____	Fecha de nacimiento	_____	Nombre y apellido	_____	Parentesco	_____	Fecha de nacimiento	_____
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Ingresos laborales- Documentación requerida:

Empleador del paciente/solicitante: _____ Ingresos brutos mensuales: \$ _____ Antigüedad en el empleo: _____

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: \$ _____

** **Elime 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.

NOT PART OF PERMANENT MEDICAL RECORD