



Solicitud del Programa de Asistencia Financiera Mercy

Fecha:

Nombre del responsable:

Dirección:

Ciudad y Estado:

Número(s) de cuenta:

Mercy se esfuerza por ayudar a los pacientes y familias que realmente no pueden cumplir con sus obligaciones financieras por los servicios médicos prestados. Ofrecemos evaluaciones de Medicaid, un Programa de Asistencia Financiera y tarifas con descuento para pacientes sin seguro que no califican para el Programa de Asistencia Financiera. Préstamos sin intereses y opciones de pago a largo plazo también están disponibles.

Si algún miembro del hogar incluido en la solicitud de asistencia financiera **no tiene seguro** y solicita asistencia financiera, le pedimos que se comunique con nuestro servicio de detección de Medicaid al **1-855-420-7900** para determinar la elegibilidad de Medicaid. Si es elegible, le ayudaremos a presentar su solicitud. Se requiere que todos los pacientes sin seguro llamen a la línea de detección antes de presentar esta solicitud.

Si está asegurado o ya ha sido examinado, proporcione **todos los** documentos en la lista de verificación a continuación:

- Solicitud de asistencia financiera (siguiente página de este documento)
- Una copia completa de los años más actuales requiere la presentación de la declaración de impuestos federales, incluidos todos los formularios y anexos, para **todos los** miembros incluidos en la solicitud de asistencia financiera
 - Si no presenta el impuesto federal sobre la renta, complete el formulario 4506-T (Prueba de no presentación) adjunto a esta solicitud.
 - a. Complete la parte superior del formulario
 - b. Firme en la parte inferior del formulario y devuélvalo con la solicitudEste formulario proporciona prueba de que no presenta impuestos sobre la renta y está obligado a procesar su solicitud de asistencia financiera.
- Copias de la prueba de ingresos de **todos los** miembros del hogar incluidos en la solicitud de asistencia financiera.
 - Fuentes de ingresos que incluyen Intereses, Salario (**se necesitan 60 días de talones de pago**), Alquiler, Pensión Alimenticia, Pensiones, Discapacidad, Dividendos, Seguro Social (necesitamos la carta de beneficios más reciente), Carta de Beneficios de Desempleo, Manutención Infantil, Subvenciones Estudiantiles, Compensación de Trabajadores, Asistencia Pública

- Si no tiene ingresos, proporcione una Declaración de apoyo firmada por quien esté brindando su apoyo. Puede proporcionar una carta manuscrita o utilizar el formulario adjunto.
- Si trabaja por cuenta propia y tiene ingresos comerciales, necesitaremos una hoja de cálculo / estado de **cuenta de pérdidas y ganancias** del año hasta la fecha para el año en curso.

Si no se reciben **TODOS los** documentos solicitados, es posible que no podamos procesar su solicitud de asistencia financiera. Asegúrese de devolver **TODOS** los documentos solicitados dentro de los 15 días. Si no se reciben todos los documentos solicitados en ese plazo, continuaremos con nuestro proceso normal de recopilación.

Para leer más sobre lo que podría cubrirse si es aprobado, cómo se aplicará y más sobre nuestras políticas de Asistencia Financiera, visite www.mercy.net/assistance

TODOS los campos **deben** completarse para que se procese la solicitud; indique n/a en todos los campos que no se aplican

Información del Responsable					
Nombre del responsable:		Fecha de Nacimiento:		Número de teléfono:	Número de cuenta:
Dirección postal actual			Ciudad, Estado, Código postal	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Legalmente separados <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	Tamaño de la familia: *Complete la Sección del Hogar a continuación
Nombre del empleador:	Trabajador por cuenta propia: Años empleados:			Dirección de correo electrónico:	
Años empleados:					
Información del Hogar					
Adjunte una hoja separada para miembros adicionales del hogar, incluidos todos los documentos requeridos					
Nombre y Apellido	Relación	Fecha de Nacimiento & Número de Seguro Social / ITIN	Empleado	Estudiante a tiempo completo	Ingreso mensual bruto si tiene 18 años o más – Marque todas las formas de ingreso aplicables e indique el monto total recibido de todas las fuentes (Documentos para cada fuente de ingresos requeridos)
	Propio	<input type="checkbox"/> No Número de Seguro Social / ITIN	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación <input type="checkbox"/> Trabajadores <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Pensión(es) <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Asistencia del Gobierno <input type="checkbox"/> Otro

Información del Hogar

Adjunte una hoja separada para miembros adicionales del hogar, incluidos todos los documentos requeridos

Nombre y Apellido	Relación	Fecha de Nacimiento & Número de Seguro Social / ITIN	Empleado	Estudiante a tiempo completo	Ingreso mensual bruto si tiene 18 años o más – Marque todas las formas de ingreso aplicables e indique el monto total recibido de todas las fuentes (Documentos para cada fuente de ingresos requeridos)
		<input type="checkbox"/> No Número de Seguro Social / ITIN	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación <input type="checkbox"/> Trabajadores <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Pensión(es) <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Asistencia del Gobierno <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> No Número de Seguro Social / ITIN	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación <input type="checkbox"/> Trabajadores <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Pensión(es) <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Asistencia del Gobierno <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> No Número de Seguro Social / ITIN	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación <input type="checkbox"/> Trabajadores <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Pensión(es) <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Asistencia del Gobierno <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> No Número de Seguro Social / ITIN	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación <input type="checkbox"/> Trabajadores <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Pensión(es) <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Asistencia del Gobierno <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> No Número de Seguro Social / ITIN	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación <input type="checkbox"/> Trabajadores <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Pensión(es) <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Asistencia del Gobierno <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> No Número de Seguro Social / ITIN	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación <input type="checkbox"/> Trabajadores <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Pensión(es) <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Asistencia del Gobierno <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> No Número de Seguro Social / ITIN	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación <input type="checkbox"/> Trabajadores <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Pensión(es) <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Asistencia del Gobierno <input type="checkbox"/> Otro

Si su situación financiera ha cambiado en los últimos 12 meses, explique a continuación.

Declaro que la información proporcionada es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Yo, como pagador y firmante de este formulario; Certificar el número de seguro social proporcionado para ser mi número de seguro social individual asignado legalmente.

Firma del paciente/Parte Responsable	Número de Seguro Social	Fecha
_____	_____	_____
Firma del paciente/Co-Solicitante	Número de Seguro Social	Fecha
_____	_____	_____

Se le notificará por carta la determinación de la solicitud. Si necesita ayuda para completar su solicitud o tiene preguntas, envíe una consulta a través de nuestro centro de mensajería de servicio al cliente MyMercy o contáctenos al 1-855-420-7900 (de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 7 p.m. hora central).

Por favor envíe su solicitud y todos los documentos de respaldo a uno de los siguientes:



Mercy Health
Atención: Asistencia financiera
2115 S Fremont Avenue, Suite 5300
Springfield, MO 65804
(Solo dirección postal)



Fax: 417-829-4604

Mercy Health
2115 S Fremont Avenue, Suite 5300, Springfield, MO 65804

Declaración de Manutención

Esta carta debe ser llenada por la persona que suministra a nuestro paciente con vivienda y otros gastos de manutención.

Yo verifico que _____ no está actualmente empleado(a) y no recibe ingresos de ninguna fuente. Última fecha de empleo _____.

Yo, _____ Actualmente proporciono gastos mensuales básicos.

Yo calculo que pago \$ _____ en gastos mensuales.

Yo he proporcionado estos puntos desde _____.

¿Dónde y con quién vive el paciente? Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Marque todos los que apliquen

Yo actualmente:

Proporciono su vivienda en mi casa o en mi propiedad.

Proporciono sus utilidades.

Proporciono su comida.

Gastos médicos (citas con el doctor, medicamento)

Otros acreedores

 Yo estoy relacionado al paciente (padre, abuelo, hermana, hermano, otro _____)

Soy amigo(a) del paciente

El paciente hace lo siguiente:

Se encarga de mi propiedad.

Hace trabajo de yarda u otro tipo de mantenimiento

Cuida niños

Ocasionalmente ayuda a pagar ciertos cobros.

No puede ayudar a nada debido a su condición médica.

Otro _____

Firma de la persona quien ayuda al paciente

Fecha

Domicilio

Teléfono#

Solicitud de Transcripción de la Declaración de Impuestos

No firme este formulario a menos que haya completado todas las líneas aplicables.

La solicitud puede ser rechazada si el formulario esta incompleto o ilegible.

Para obtener mas información sobre el Formulario 4506-T (sp), visite www.irs.gov/foia4506tsp.

Consejo: Obtenga un servicio mas rapido: En línea en www.irs.gov/espanol, Ordene su transcripción (Obtenga su registro tributario) o llame al 1-800-908-9946 para obtener ayuda especializada. Tenemos equipos disponibles para ayudar. **Nata:** Los contribuyentes pueden inscribirse para utilizar Obtener transcripción para ver, imprimir o descargar los siguientes tipos de transcripciones: **Transcripción de la declaración de impuestos** (muestra la mayoría de las partidas en las líneas, incluido el Ingreso bruto ajustado (AG/, por sus siglas en inglés) de su declaración de impuestos original de la serie del Formulario 1040, tal como se presentó, junto con todos los formularios y anexos); **Transcripción de la cuenta tributaria** (muestra los datos basicos, tales como el tipo de declaración, estado civil para efectos de la declaración, AG/, ingreso tributable y todos los tipos de pago); **Transcripción del registro de cuenta** (combina la declaración de impuestos y la transcripción de la cuenta tributaria en una transcripción completa); **Transcripción de sueldos y salarios** (muestra datos de las declaraciones informativas que recibimos, tales como los Formularios W-2, 1099, 1098 y el Formulario 5498), y la **Carta de verificación de no presentación** (proporciona prueba de que el /RS no tiene registro de una declaración de impuestos de la serie del Formulario 1040 presentada para el año que usted solicita).

<p>1a Nombre mostrado en la declaración de impuestos. Si es una declaración conjunta, escriba el nombre que se muestra primero.</p>	<p>1b Primer numero de Seguro Social, mímero de identificación personal del contribuyente o mímero de identificación del empleador en la declaración de impuestos (consulte las instrucciones)</p>
<p>2a Si es una declaración conjunta, escriba el nombre del cónyuge que se muestra en la declaración de impuestos.</p>	<p>2b Segundo numero de Segura Social o numero de identificación personal del contribuyente, si es una declaración de impuestos conjunta</p>
<p>3 Nombre, dirección (incluido el numero de apartamento, habitación u oficina), ciudad, estado y código postal actual (consulte las instrucciones)</p>	
<p>4 Dirección anterior que se muestra en la última declaración presentada, si es diferente de la línea 3 (consulte las instrucciones)</p>	
<p>5 Numero de archivo del cliente (si corresponde) (consulte las instrucciones)</p>	

Nata: A partir de julio de 2019, el /RS envía por correo las solicitudes de transcripciones de impuestos solamente a su dirección de registro. Consulte **Que hay de nuevo** bajo **Acontecimientos Futuros** en la Pagina 2, para obtener información adicional.

6 Transcripción solicitada. Escriba aquí el numero del formulario tributario (1040, 1065, 1120, etcetera) y marque la casilla correspondiente a continuación. Escriba el numero de sólo un formulario tributario por solicitud.

a Transcripción de la declaración de impuestos, que incluye la mayoría de las partidas en las líneas de una declaración de impuestos tal como se presentó ante el /RS. La transcripción de una declaración de impuestos no muestra los cambios realizados en la cuenta después de que se tramita la declaración. Las transcripciones unicamente estan disponibles para las siguientes declaraciones: Formulario de la serie 1040, Formulario 1065, Formulario 1120, Formulario 1120-A, Formulario 1120-H, Formulario 1120-L y Formulario 1120S. Las transcripciones de las declaraciones estan disponibles para el año en curso y las declaraciones tramitadas durante los tres años de tramitación anteriores. La mayoría de las solicitudes se tramitaran dentro de 10 días laborables.

b Transcripción de la cuenta, que contiene información sobre el estado financiero de la cuenta, tal como los pagos realizados en la cuenta, la imposición de multas y los ajustes realizados por usted o el /RS después de que se presentó la declaración. La información de la declaración se limita a elementos como la obligación tributaria y los pagos de impuestos estimados. Las transcripciones de la cuenta estan disponibles para la mayoría de las declaraciones. La mayoría de las solicitudes se tramitaran dentro de 10 días laborables

c Registro de la cuenta, que proporciona la información mas detallada ya que es una combinación de la transcripción de la declaración de impuestos y la transcripción de la cuenta. Estan disponibles para el año en curso y los 3 años tributarios anteriores. La mayoría de las solicitudes se tramitaran dentro de 10 días laborables

7 Verificación de no presentación, que es prueba del /RS de que usted **no** presentó una declaración para el año. Las solicitudes para el año en curso sólo estan disponibles después del 15 de junio. No existen restricciones de disponibilidad en las solicitudes de años anteriores. La mayoría de las solicitudes se tramitaran dentro de 10 días laborables .

8 Transcripciones del Formulario W-2, Formulario de la serie 1099, Formulario de la serie 1098, o Formulario de la serie 5498. El /RS puede proporcionar una transcripción que incluya los datos de estas declaraciones informativas. La información estatal o local no se incluye con la información del Formulario W-2. El /RS puede proporcionar esta información de transcripción por hasta 10 años. Por lo general, la información para el año en curso no esta disponible hasta el año siguiente a su presentación ante el /RS. Por ejemplo, la información sobre el Formulario W-2 de 2016, presentada en 2017, probablemente no estara disponible en el /RS hasta 2018. Si usted necesita la información del Formulario W-2 para propósitos de la jubilación, debe comunicarse con la Administración de Seguro Social, al 1-800-772-1213. La mayoría de las solicitudes se tramitaran dentro de 10 días laborables

Precaución: Si necesita una copia del Formulario W-2 o del Formulario 1099, primero debe comunicarse con el pagador. Para obtener una copia del Formulario W-2 o el Formulario 1099 presentado con su declaración, debe utilizar el Formulario 4506 (sp) y solicitar una copia de su declaración, que incluye todos los anexos.

9 Año o periodo solicitado. Escriba la fecha de finalización del año o periodo tributario solicitado, en el formato en español, dd/mm/aaaa. Este puede ser un año natural, trimestre o año tributario. Escriba cada trimestre solicitado para las declaraciones trimestrales. Ejemplo: Escriba 31/12/2018 para una transcripción del Formulario 1040 del año natural 2018".

	/	/	/	/	/	/	/	/	/
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Precaución: No firme este formulario a menos que haya completado todas las líneas aplicables.

Firma del(de las) contribuyente(s). Declaro que soy el contribuyente cuyo nombre se muestra en la línea 1a o 2a, o una persona autorizada para obtener la información tributaria solicitada. Si esta solicitud se aplica a una declaración conjunta, al menos uno de los cónyuges tiene que firmarla. Si firma un funcionario de la sociedad anónima, un accionista dueño del uno por ciento o mas, socio, miembro gerente, tutor, socio de asuntos tributarios, albacea, sindico, administrador, fideicomisario, u otra parte que no sea el contribuyente, certifico que tiene la autoridad para ejecutar el Formulario 4506-T (sp) en nombre del contribuyente. **Nata:** EL /RS tiene que recibir este formulario dentro de 120 días posteriores a la fecha de la firma.

D La persona firmante da le de que ha leído la clausula de atestación y tras leerla declara que tiene la autoridad para firmar el Formulario 4506-T (sp). Consulte las instrucciones.

	Numero de telefono del contribuyente en la línea 1a o 2a
--	--

Firma (consulte las instrucciones)	Fecha
Firma	
Título (si la línea 1a anterior se trata de una sociedad anónima, sociedad colectiva, caudal hereditario o fideicomiso)	
Firma del cónyuge	
Fecha	