



<input type="checkbox"/> New Patient
<input type="checkbox"/> Renewal
MRN # _____
Guarantor Acct # _____
See Documents From:
E #: _____

For office use only

Estimado Paciente o Solicitante:

Usted está recibiendo esta solicitud de Asistencia Financiera del Paciente debido a que usted ha solicitado cuidado médico en La Clínica JFK del Hospital Mercy. **Para poder evaluar su situación financiera debidamente y determinar su elegibilidad se requiere la siguiente información y debe completarse en su totalidad o le será devuelta:**

Por favor proporcione **todos** los documentos de la lista a continuación:

- Solicitud de asistencia financiera (siguiente página de este documento)
- Si algún miembro de la familia incluido en la solicitud de ayuda financiera no tiene seguro médico y solicita ayuda económica, le pedimos que se ponga en contacto con nuestro servicio de evaluación de Medicaid llamando al 1-844-764-6850 para determinar si reúne los requisitos para Medicaid. Si cumple con los requisitos, les ayudaremos a solicitarlo. Es obligatorio que todos los pacientes sin seguro médico llamen a la línea antes de presentar esta solicitud.
- Una copia completa de la declaración de impuestos federales del año más reciente incluya **todos** los formularios y anexos, para **todos** los miembros del hogar incluidos en la solicitud de asistencia financiera.
 - Si no presento los impuestos federales, complete el formulario 4506-T (Prueba de no presentación) adjunto a esta solicitud.
 - a. Complete la parte superior del formulario
 - b. Marque la casilla #7
 - c. Firme en la parte inferior del formulario y devuélvalo con la solicitud.Este formulario proporciona prueba de que no presenta impuestos sobre la renta y está requerida para 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 Apoyo. Puede proporcionar una carta manuscrita o utilizar el formulario adjunto.
 - Si trabaja por cuenta propia y tiene ingresos de la empresa, necesitaremos una hoja de cálculo/estado de **la cuenta de pérdidas y ganancias del año hasta la fecha** del año en curso.

Especifique el servicio médico que necesite:

Medicina general Pediatría Ginecología Obstetricia: Si está embarazada, ¿Cuántas semanas tiene?

_____ Otros servicios: _____

Enumere las razones por las que busca atención médica: _____

¿Está transfiriendo su cuidado médico a nosotros? Si No: De ser si, ¿de donde _____

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:		Dirección de correo electrónico:
Años empleado:		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"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación de 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"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación de 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"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación de 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"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación de 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"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación de 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.

Información Financiera

- Una vez sea aceptado como paciente a La Clínica JFK del Hospital Mercy, se le requiere renovar la tarifa de caridad de la Clínica con nosotros cada seis meses. Esta tarifa de caridad será también la misma que se aplique a los servicios rendidos en el Hospital Mercy St. Louis; por lo tanto, no hay necesidad de solicitar a dicha tarifa al Hospital.
- Al ser aceptado como paciente, se le requiere al paciente que solicite cualquier tipo de asistencia médica disponible como Medicaid, Medicare Parte B o D o de cualquier otra cobertura de seguro médico. Si no solicita o mantiene estos programas de asistencia, puede perder su estatus de clínica.

Yo, hago constar que toda la información proporcionada es verdadera y fidedigna. Yo, como pagador y firmante de este formulario; certifico haber sido asignado legalmente este número de Seguro Social o Número ITIN.

- Cumpliré con las directrices y políticas financieras, en el pago y citas de la clínica.
- Entiendo que, si violo cualquiera de estas políticas directrices, se darán por terminado mis privilegios de la clínica.

Firma del Paciente o Parte Responsable

Número de la Seguro Social o Número ITIN

Date

Firma de Esposo(a) o Parte Responsable

Número de la Seguro Social o Número ITIN

Date

Los pacientes nuevos que soliciten los servicios de La Clínica JFK del Hospital Mercy deben permitir (10) días para el proceso de revisión. Los pacientes actuales que estén actualizando o renovando su aplicación para los servicios de La Clínica JFK del Hospital Mercy, deberán solicitar treinta (30) días antes de que la solicitud expire y después dejar pasar 10 días para el proceso de revisión. Los solicitantes nuevos y los que están renovando serán notificados de la determinación por medio de una carta por correo. Si tiene alguna pregunta, inquietud o necesita ayuda para completar estas formas, no dude en llamarnos al 314-251-6382.

Por favor entregue o envíe su Solicitud de Asistencia Financiera y documentación adicional requerida a:

Clínica JFK del Hospital Mercy

ATTN: Coordinadores de Solicitudes

615 S New Ballas Rd. | St. Louis, MO 63141

Correo electrónico: MercySt.LouisJFKClinic@mercy.net

Fax: 314-251-4454

Clínica JFK del Hospital Mercy
615 S New Ballas Rd., St. Louis, MO 63141

Declaración de Apoyo

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 aportado con el apoyo 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#

Request for Transcript of Tax Return

- ▶ Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.
- ▶ Request may be rejected if the form is incomplete or illegible.
- ▶ For more information about Form 4506-T, visit www.irs.gov/form4506t.

OMB No. 1545-1872

Tip: Get faster service: Online at www.irs.gov, **Get Your Tax Record** (Get Transcript) or by calling **1-800-908-9946** for specialized assistance. We have teams available to assist. **Note:** Taxpayers may register to use [Get Transcript](#) to view, print, or download the following transcript types: **Tax Return Transcript** (shows most line items including Adjusted Gross Income (AGI) from your original Form 1040-series tax return as filed, along with any forms and schedules), **Tax Account Transcript** (shows basic data such as return type, marital status, AGI, taxable income and all payment types), **Record of Account Transcript** (combines the tax return and tax account transcripts into one complete transcript), **Wage and Income Transcript** (shows data from information returns we receive such as Forms W-2, 1099, 1098 and Form 5498), and **Verification of Non-filing Letter** (provides proof that the IRS has no record of a filed Form 1040-series tax return for the year you request).

1a Name shown on tax return. If a joint return, enter the name shown first.	1b First social security number on tax return, individual taxpayer identification number, or employer identification number (see instructions)
2a If a joint return, enter spouse's name shown on tax return.	2b Second social security number or individual taxpayer identification number if joint tax return
3 Current name, address (including apt., room, or suite no.), city, state, and ZIP code (see instructions)	
4 Previous address shown on the last return filed if different from line 3 (see instructions)	
5 Customer file number (if applicable) (see instructions)	

Note: Effective July 2019, the IRS will mail tax transcript requests only to your address of record. See **What's New** under **Future Developments** on Page 2 for additional information.

6 **Transcript requested.** Enter the tax form number here (1040, 1065, 1120, etc.) and check the appropriate box below. Enter only one tax form number per request. ▶ _____

a **Return Transcript**, which includes most of the line items of a tax return as filed with the IRS. A tax return transcript does not reflect changes made to the account after the return is processed. Transcripts are only available for the following returns: Form 1040 series, Form 1065, Form 1120, Form 1120-A, Form 1120-H, Form 1120-L, and Form 1120S. Return transcripts are available for the current year and returns processed during the prior 3 processing years. Most requests will be processed within 10 business days

b **Account Transcript**, which contains information on the financial status of the account, such as payments made on the account, penalty assessments, and adjustments made by you or the IRS after the return was filed. Return information is limited to items such as tax liability and estimated tax payments. Account transcripts are available for most returns. Most requests will be processed within 10 business days

c **Record of Account**, which provides the most detailed information as it is a combination of the Return Transcript and the Account Transcript. Available for current year and 3 prior tax years. Most requests will be processed within 10 business days

7 **Verification of Nonfiling**, which is proof from the IRS that you **did not** file a return for the year. Current year requests are only available after June 15th. There are no availability restrictions on prior year requests. Most requests will be processed within 10 business days

8 **Form W-2, Form 1099 series, Form 1098 series, or Form 5498 series transcript.** The IRS can provide a transcript that includes data from these information returns. State or local information is not included with the Form W-2 information. The IRS may be able to provide this transcript information for up to 10 years. Information for the current year is generally not available until the year after it is filed with the IRS. For example, W-2 information for 2016, filed in 2017, will likely not be available from the IRS until 2018. If you need W-2 information for retirement purposes, you should contact the Social Security Administration at 1-800-772-1213. Most requests will be processed within 10 business days

Caution: If you need a copy of Form W-2 or Form 1099, you should first contact the payer. To get a copy of the Form W-2 or Form 1099 filed with your return, you must use Form 4506 and request a copy of your return, which includes all attachments.

9 **Year or period requested.** Enter the end date of the tax year or period requested in mm/dd/yyyy format. This may be a calendar year, fiscal year or quarter. Enter each quarter requested for quarterly returns. Example: Enter 12/31/2018 for a calendar year 2018 Form 1040 transcript.

____ / ____ / ____ | ____ / ____ / ____ | ____ / ____ / ____ | ____ / ____ / ____

Caution: Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.

Signature of taxpayer(s). I declare that I am either the taxpayer whose name is shown on line 1a or 2a, or a person authorized to obtain the tax information requested. If the request applies to a joint return, at least one spouse must sign. If signed by a corporate officer, 1 percent or more shareholder, partner, managing member, guardian, tax matters partner, executor, receiver, administrator, trustee, or party other than the taxpayer, I certify that I have the authority to execute Form 4506-T on behalf of the taxpayer. **Note:** This form must be received by IRS within 120 days of the signature date.

Signatory attests that he/she has read the attestation clause and upon so reading declares that he/she has the authority to sign the Form 4506-T. See instructions.

Phone number of taxpayer on line 1a or 2a

Signature (see instructions)	Date
Title (if line 1a above is a corporation, partnership, estate, or trust)	
Spouse's signature	Date