

Mercy Medical Center – North Iowa
Ayuda Financiera (Financial Assistance)

****Please Return By:
Por favor regrese antes de _____

La ley nos exige que mantengamos confidencial la información sobre usted. La información a continuación se utilizará solamente con el propósito de confirmar si necesita la ayuda financiera. La ayuda financiera se basa en los niveles federales de los ingresos de pobreza. **No se procesarán los formularios incompletos. Para que este formulario se considere completo, hay que incluir la verificación de ingresos tal como la declaración previa de impuestos o talones de cheques de trabajo por tres meses.**

(We are required by law to keep information about you confidential. The information below will only be used for the purpose of confirming your need for financial assistance. Financial assistance is based on Federal Poverty Income Levels. Incomplete forms will not be processed. Income verification such as previous Income Tax Return or three month's of paycheck stubs need to be included for this form to be considered complete).

Solicitante (Applicant):		Esposo (Spouse):	
Dirección (Address)		Dirección (Address):	
Num. de Seguro Social (SSN): Fecha de nacimiento (DOB):		Num. de Seguro Social (SSN): Fecha de nacimiento (DOB):	
Teléfono o celular (Phone/Cell Phone):			
1. Empresa donde trabaja (Employer): _____			
Ingresos mensuales brutos familiares (Incluya todos los ingresos gravables, salario, sueldo, propinas, etc.) \$ _____ <i>(Household Gross Monthly Income:- Include all taxable income, wages, salary, tips, etc.)</i>			
Manutención de menores (Child support) \$ _____ Otros ingresos (Other Income): \$ _____ (Describe)			
2. Recursos (Resources):		Cuenta individual de jubilación (IRA): _____	
Saldo de cuenta de cheques: _____ <i>(Checking Account Balance)</i>		Acciones o bonos (Stocks/Bonds): _____	
Saldo de cuenta de ahorros: _____ <i>(Savings Account Balance)</i>		Otro (Other): _____	
3. Dependientes:	Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre
<i>(Dependents):</i>	<i>(Name)</i>	<i>(Date of Birth)</i>	<i>(Name)</i>
			Fecha de nacimiento
			<i>(Date of Birth)</i>
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
4. Gastos de vivienda: Renta o hipoteca – Valor de propiedad: \$ _____ Saldo a deber \$ _____ Pago \$ _____ <i>(Housing Expense: Renting Own/Buying Property value Balance owing Payment:)</i>			
Otra propiedad Liquidada o a pagos: Valor de propiedad \$ _____ Saldo a deber: \$ _____ <i>(Other property Owned/Buying: Property Value: Balance Owing:)</i>			
5. Coches (Autos):			
Año (Year) _____	Modelo (Make) _____	Valor (Value) _____	Saldo (Balance) _____ Pago (Payment) _____
Año (Year) _____	Modelo (Make) _____	Valor (Value) _____	Saldo (Balance) _____ Pago (Payment) _____
6. Casa rodante, camper, barco o vehículo de todo terreno (Dé el tipo, año y pago) <i>(RV/Boat/ATVs: List type, year and payment):</i>			
7. Pagos de manutención (Cualquier pago de apoyo económico ordenado por la corte y efectuado por la persona): <i>(Support Payments: Any support payments ordered by the court and made by the person)</i>			
8. Gastos mensuales (Se requiere documentación de su farmacia para los gastos de medicamentos.): <i>(Monthly Expenses - Medication expenses require documentation from your pharmacy.)</i>			

9. Favor de indicar otros programas de ayuda financiera que usted ha solicitado durante el último año (incapacidad de Seguro Social, Medicaid, etc.) *(Please indicate other financial assistance programs applied for within the last year - social security disability, Medicaid, etc.)*

Favor de dar o anexas cualquier información que usted siente que ayudaría para entender su situación actual. *(Please provide or attach any information you feel would be helpful in understanding your current situation.)*

AFIRMACIÓN DE CLIENTE: Afirmo que las declaraciones dentro de la presente dan una lista verdadera y correcta de mis bienes. Entiendo que cualquier declaración falsa o incorrecta de los documentos de prueba podría resultar en descalificación de la ayuda financiera. Autorizo mandar esta solicitud y los resultados a las empresas de servicios médicos siguientes: Mason City Clinic, Radiologists of North Iowa, North Iowa Anesthesia Associates, Pathology Associates, Mason City Surgery Center, Radiation Oncology y Neurosurgery of North Iowa para que ellos determinen la ayuda financiera que les corresponda. (CLIENT AFFIRMATION: I affirm that the statements made herein are a true and correct listing of my assets. I understand that any false statements or misstatements of material fact could result in disqualification for financial assistance. I authorize release of this application and the results to the following providers: Mason City Clinic, Radiologists of North Iowa, North Iowa Anesthesia Associates, Pathology Associates, Mason City Surgery Center, Radiation Oncology and Neurosurgery of North Iowa for their determination of financial assistance..)

Firma del paciente *(Patient Signature)*: _____ Fecha *(Date)*: _____