



Proceso De Aprobacion

Basado sobre la informacion proporcionada satisfaga permiten seis semanas que haran una determinacion. Elegibilidad de determinacion de ingreso es por la Federal Poverty Income Guidelines, La coleccion continuada en su cuenta hasta documentacion requerida se vuelva a Marshall Medical Centers. Si el documentacion si mira que es falso de cual que porcion tenemos la derecha de no pagar la cuenta.

**Este programa on incluye a el doctor o otras cuentas aparte de la hospitalo médicos de medicina de la emergencia. Haga clic en este enlace para una lista completa de nuestros médicos de medicina de la emergencia.*

http://www.mmcenters.com/index.php/find_physician/physician_by_specialty_detail/Emergency%20Medicine

Recomendaciones Y Instrucciones

El siguiente es una aplicación de tres (3) paginas para ayuda financiera para servicio que hay proveido por Marshall Medical Centers. Informacion que usted dar nos ayuda da dererminacion.

- Toda documentacion tiene que estar completados. (**Si no incluye toda la informacion, tendra que pagar toda la cuenta.*)
- Mande la aplicación completa a la direccion abajo de esta hoja.
- Los formularios tienes que estar *completados* y mandao denteo de 21 dias.

Al recibir la aplicación completa, le notificaremos a uste por escrito de la condicion de su aplicación.

Gracias por usando Marshall Medical Centers. Si necesita ayud con esta aplicación, por favor no dude en contactar con nuestro Representante de Asistencia Financiera al : 256-571-8125 (256-753-8125 para zona árabe).

Marshall Medical Center North ()
Marshall Medical Center South ()



APLICACION PARA AYUDA FINANCIERA

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion de Paciente: _____

Cuantos años ha vivido alli: _____

Numero(s) de telefono: _____ Numero seguro social: _____

Persona Responsable Para Pagar: _____

Fecha de Nacimiento de Persona Responsable: _____

Direccion de Correro de Persona Responsable: _____

Nombre(s) de Personas en la Familia: _____

EMPLEO

¿Esta trabajando usted? Si, si trabajo () No, no trabajo ()

Escriba donde trabaja o ultimo trabajo que hizo:

Donde trabaja del paciente Direccion Telefono

Lo que hace - Posicion Numero de años trabajando alli

Donde trabaja la Responsable Direccion Telefono

Lo que hace - Responsable Numero de Años Trabajando alli

Escribe porque usted esta solicitando Ayuda Financiera. (Incluye, la salud, una incapacidad, la muerte, divorcido, etc.,)



DECLARACION DE INGRESOS Y RECURSOS

INGRESOS:

PACIENTE

*ESPOSO(A) Y/O PERSONA
RESPONSABLE PARA PAGAR*

Salario (mensual)	_____	_____
Seguro Social	_____	_____
SSI/Incapacitado	_____	_____
Jubilación	_____	_____
Negocio	_____	_____
Cupones de Alimentos	_____	_____
Otros Ingresos	_____	_____

TOTAL DE LOS INGRESOS: _____

RECURSOS:

(Cuánto vale cada recurso)

PACIENTE

*ESPOSO(A) Y/O PERSONA
RESPONSABLE PARA PAGAR*

Cuenta de Cheques	_____	_____
Cuenta de Ahorros	_____	_____
Otra Propiedad	_____	_____
Otro	_____	_____

¿Está pagada la casa? Sí () No ()

¿Compra la casa? _____ ¿Rentando? _____ Cantidad del Pago \$ _____

GASTOS CADA MES:

Casa	\$ _____	Comida	\$ _____
Seguranza	\$ _____	Apoyo para los Hijos	\$ _____
Préstamo de Carro	\$ _____	Tarjetas de Crédito	\$ _____
Préstamo de Terreno	\$ _____	Medico/Dental	\$ _____
Utilidades	\$ _____	Medicinas	\$ _____

** Para el uso interno sólo **

Monthly Income\$ _____

Monthly Expenses\$ _____

Difference\$ _____



DOCUMENTOS SECUNDARIOS: LEA CON CUIDADO

Para poder dar su aplicación la consideración más completa que podemos, usted TIENE QUE entregar los documentos siguientes. Usted puede usar esta hoja y la parte a la espalda de esta hoja y incluir otros documentos.

- Documentación de los ingresos (incluye talons de cheque(s) de pago, cupones de alimentos, etc.).
- Documentación de Impuestos Federales del Año Pasado o W-2.
- Declaración de la cuenta de Tarjeta de Crédito de este mes o el mes pasado.
- Prueba de residencia (como licencia para manejar, etc.)

*(*Puede utilizar el fondo o la espalda de esta forma, o incluir fijaciones en su respuesta.)*

Yo entiendo que la información que yo proveo sera verificada y repasada por los Departamentos de Seguridad del Estado y Federal y otros si requieren. Certifico que la información que proveo es verdad y correcta.

Firma: _____

Firma del Suplicante

Fecha : _____

***Si no prove la documentación, la negará la Ayuda Financiera. TIENE QUE completar la aplicación y devolverla a la dirección en la primera página dentro de 21 dias.*