



400 East First Street • Morris, MN 56267 • 320-589-1313 • www.scmcinc.org

Aplicación para cuidado de la comunidad de Stevens

Stevens Community Medical Center (SCMC) está dedicado a proveerles cuidado para la salud de buena calidad a nuestros pacientes. Nosotros nos damos cuenta que el pago de estos servicios puede ser una dificultad financiera. Por lo tanto, le estamos ofreciendo la oportunidad de aplicar para asistencia financiera mediante SCMC.

Pegada a esta hoja Ud. Va a encontrar la aplicación que nos ayudara a evaluar su situación financiera. Ud deberá completar la aplicación para recibir cualquier consideración del programa de asistencia Financiera de SCMC. Si su situación cumple con los lineamientos de SCMC, parte o todo el balance de su cuenta puede ser perdonada. La determinación de elegibilidad por parte de SCMC será tomada dentro de 30 días de haber recibido la aplicación completada incluidos los documentos que lo respaldan. Se le enviara una carta con los resultados o la solicitud de documentación adicional. Si Ud. califica para algún porcentaje de descuento Ud. será responsable por el resto del balance, pagos consistentes mensuales seran necesarios para evitar nuevos esfuerzos de colección.

En orden para procesar su aplicación nosotros requerimos.

- 1. La aplicación adjunta completa en su totalidad**
- 2. La copia de los últimos dos talones de cheque por algún salario ganado contribuyentes a los ingresos del hogar Prueba de no presentación de IRS (para obtener una copia llame al 800-829-1040)**
- 3. Copia más reciente de su 1040 declaración de impuestos. Sí su declaración de impuestos no está disponible necesitaremos cualquiera de las siguientes**
- 4. Carta de servicios – Seguro Social**
- 5. Por favor proporcione una copia de toda la información de su seguro de salud.**

Nosotros nos damos cuenta que su archivo de los impuestos pasados puede no reflejar sus circunstancias más recientes. Si es así, favor de adjuntar una breve nota que describa su situación financiera actual. Los gastos constituyen una forma opcional adicional para que los pacientes brinden más información sobre sus circunstancias actuales.

Una vez que hayamos revisado su aplicación, le notificaremos nuestra decisión por escrito dentro de 30 días de recibido. Sí desea hablar de su cuenta o si tiene alguna pregunta, favor de contactar a Lisa (Concejera financiera de SCMC) al 320-208-7832 o a Servicios De Cuenta Del Paciente al 320-589-7667. Horarios de Stevens Community Medical Center Patient Account (Cuenta Del Paciente) Son Lunes –Viernes 7:30 -4:30.



**STEVENS COMMUNITY
MEDICAL CENTER**

Caring is our Reason for Being

400 East First Street • Morris, MN 56267 • 320-589-1313 • www.scmcinc.org

APLICACIÓN PARA CUIDADO DE LA COMUNIDAD DE STEVENS

PACIENTE/ INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE ACTUAL SEGURO MÉDICO

Nombre _____	Compañía de seguros _____
Dirección _____	Póliza # _____ Fecha Efectiva: _____
Ciudad/Estado/Código postal _____	Medicare # _____ Fecha Efectiva: _____
Teléfono _____	Medicaid # _____ Fecha Efectiva: _____
Fecha de Nacimiento _____	
Otro perceptor de ingresos del hogar - Nombre _____	
Es Ud. Miembro de Minnesota Senior Federation ? _____	
Fecha de Nacimiento _____	

DEPENDES Use una hoja adicional si es necesario

Nombre(s)	Fecha(s) de nacimiento
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

INGRESO MENSUAL (Ingresos Brutos)

Paciente	\$ _____
Otro Perceptor de ingresos del hogar	\$ _____
Intereses/Dividendos	\$ _____
Manutención/Otro	\$ _____
TOTAL	\$ _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Paciente: Empleado Trabajador independiente Desempleado Retirado
Otro perceptor de ingresos del hogar: Empleado Trabajador independiente Desempleado Retirado

Esta información es verdadera y correcta a lo mejor de mi entendimiento, y yo autorizó a SCMC para procesar mi aplicación. Yo estoy de acuerdo de notificar a SCMC por algún cambio en la cobertura de seguro, empleo, dependes o cualquier otra información de ingresos. SCMC se reserva los derechos de solicitar a los clientes que re-aplique. Si yo he aplicado para MNSure o algún otro programa de Asistencia Médica. Yo autorizo a SCMC para discutir mi información con aquellos afiliados según sea necesario para coordinar el potencial de cobertura de mi seguro.

Fecha _____	Firma del solicitante _____
Fecha _____	Firma de otra persona que recibe ingresos del hogar _____
Fecha _____	Aprobación Administrativa de SCMC _____
Elegible _____	No-Elegible _____



STEVENS COMMUNITY
MEDICAL CENTER

Caring is our Reason for Being

400 East First Street • Morris, MN 56267 • 320-589-1313 • www.scmcinc.org

INFORME DE GASTOS DE ATENCIÓN COMUNITARIA DE STEVENS

La información que se detalla a continuación solo se utilizará para determinar su capacidad para realizar pagos mensuales en su cuenta. No es un requisito previo para recibir atención médica ni se utilizará para evaluar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Esta información no se divulgará a otros acreedores ni a nadie que solicite datos financieros. NOTA: Este formulario no es obligatorio para ningún solicitante que se encuentre en o por debajo del 200% de las Pautas Federales de Pobreza.

Nombre: _____

Otro perceptor de ingresos del hogar: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (C) _____ (T) _____ Tamaño de la familia _____

Su empleador: _____ Promedio Horas por semana: _____

Otro empleador que percibe ingresos del hogar: _____ Promedio Horas por semana: _____

Ingreso bruto de mes: Suyo: _____

Otro perceptor de ingresos del hogar: _____ Otro: _____ Total: \$ _____

Gastos mensuales:

Alquiler / Hipoteca PMNTT	\$ _____	Alcantarillado, agua, basura	\$ _____
Impuestos de casa / Aseg	\$ _____	Gasolina	\$ _____
Electricidad	\$ _____	Guardería	\$ _____
Calefacción	\$ _____	Comestibles	\$ _____
Seguro, automóvil	\$ _____	Teléfono	\$ _____
Seguro, Salud	\$ _____		
Seguro, Vida	\$ _____	Saldo adeudado:	
Préstamos bancarios	\$ _____	\$ _____	
Préstamos bancarios	\$ _____	\$ _____	
Cuenta de cargo: _____	\$ _____	\$ _____	
Cuenta de cargo: _____	\$ _____	\$ _____	
Cuenta de cargo: _____	\$ _____	\$ _____	
Stevens Community Medical Center	\$ _____	\$ _____	
Médico: _____	\$ _____	\$ _____	
Médico: _____	\$ _____	\$ _____	
Médico: _____	\$ _____	\$ _____	
Otro: _____	\$ _____	\$ _____	
Otro: _____	\$ _____	\$ _____	

Ingreso bruto total: \$ _____ Gastos totales: \$ _____ Diferencia: \$ _____

Verifico que lo anterior es verdadero y correcto a lo mejor de mi entender.

Firma del solicitante: _____

PARA SER COMPLETADO POR LOS SERVICIOS DE LA CUENTA DEL PACIENTE DE STEVENS COMMUNITY MEDICAL CENTER

Recomendaciones: _____

Completado por: _____ Fecha: _____