



400 East First Street • Morris, MN 56267 • 320-589-1313 • [www.scmcinc.org](http://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 de algún salario ganado contribuyente a los ingresos del hogar.**
- 3. La copia más reciente de su declaración de impuestos 1040 ó prueba de no presentación de IRS (llame al 800-829-1040 para obtener una copia)**
- 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. Si 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

Form fields for patient information including Name, Address, City/State/Zip, Phone, Birth Date, Insurance Company, Policy #, Medicare #, Medicaid #, and Household Income Perceptor.

DEPENDES Use una hoja adicional si es necesario

Table with columns for Name(s) and Fecha(s) de nacimiento for dependents.

INGRESO MENSUAL ( Ingresos Brutos )

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Form fields for monthly income (Patient, Household, Interests, Maintenance) and employment status (Patient, Household Perceptor).

Esta información es verdadera y correcta a lo mejor de mi entendimiento, y yo autorizé 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.

Signature and date lines for applicant, household perceptor, and SCMC administrative approval.

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:

Table with 3 columns: Expense Category, Amount (\$), and Subtotal/Category. Rows include Alquiler, Impuestos, Electricidad, Calefacción, Seguro, etc.

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: \_\_\_\_\_