



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 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, si es aplicable.**

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 Jaime (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 other household income perceivers.

DEPENDES Use una hoja adicional si es necesario

Table with columns for Name(s) and Date(s) of birth for dependents.

INGRESO MENSUAL (Ingresos Brutos)

Form fields for monthly income including Patient, Other household income, Interests/Dividends, Maintenance/Other, and TOTAL.

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Form fields for employment information including Patient status (Employed, Independent, Unemployed, Retired) and Other household income status.

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.

Form fields for signature and date of applicant, other person receiving income, and administrative approval.

Elegible _____ No-Elegible _____