STEVENS COMMUNITY
MEDICAL CENTER

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, comuníquese con el asesor financiero de SCMC al 589-1313 ext. 579 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

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Teléfono _____

Fecha de Nacimiento _____

Otro perceptor de ingresos del hogar - Nombre _____

Es Ud. Miembro de Minnesota Senior Federation ? ____

Fecha de Nacimiento _____

ACTUAL SEGURO MÉDICO

Compañía de seguros _____

Póliza # _____ Fecha Efectiva: _____

Medicare # _____ Fecha Efectiva: _____

Medicaid # _____ Fecha Efectiva: _____

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 _____

Routing: Given to patient to fill out →
Patient Account Services retains for 1 year → scans into EDM → shred