

## Programa de Asistencia Financiera

### Estamos aquí cuando usted más nos necesita

Marshall Medical Centers está comprometido a brindar cuidados de salud de categoría mundial aquí mismo en casa para las personas a las que servimos. La asistencia financiera es la clave para cumplir nuestra misión – al brindar ayuda a aquellos en nuestra comunidad que lo necesiten.

### ¿Yo califico?

Por favor, rellene el formulario de solicitud de asistencia financiera y adjunte los documentos que comprueben su residencia en el estado e ingresos para determinar si usted califica. Ayuda para rellenar la solicitud, bajo confidencialidad, está disponible de lunes a viernes entre las 8:00 a.m. y las 4:30 p.m. al llamar a un Representante de Asistencia Financiera al (256) 840-3685.

### ¿Cómo hago la solicitud?

Imprima y rellene el Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera y envíelo junto con la documentación de apoyo a:

Marshall Medical Centers  
Attn: Financial Assistance  
227 Brittany Road  
Guntersville, Alabama 35976

Usted puede obtener una copia del formulario de solicitud desde nuestro sitio Web o llamando al teléfono listado anteriormente para solicitar que le enviemos uno por correo.

### Documentación necesaria para su solicitud:

- Prueba de Residencia (como su licencia de conducir o un recibo de luz o agua con su dirección actual)
- Uno de los siguientes: Declaración de impuestos del año anterior  
W-2  
1099  
Carta de su empleador verificando ingresos  
Verificación de compensación por desempleo  
Verificación de circunstancias de la(s) persona(s) que lo está(n) manteniendo

### Proceso de aprobación

Basado en la información provista, por favor espere hasta seis (6) semanas para que se procese su solicitud. La elegibilidad está basada en los Lineamientos del Ingreso Federal de Pobreza y en su habilidad para pagar. Los cobros seguirán efectuándose a su cuenta hasta que la documentación necesaria sea enviada a Marshall Medical Centers.

*\*Este programa no aplica a los honorarios de médicos o de otros profesionales facturados por separado de los honorarios de las instalaciones del hospital, a excepción de médicos de emergencia, servicios de enfermeras/anestesiistas certificados (CRNA) y otros proveedores selectos indicados en el Anexo C de la Política de Asistencia Financiera. Haga clic en este enlace para obtener una lista completa de nuestros servicios y médicos de emergencia.*

<https://www.mmcenters.com/services/emergency-services>

*\*\*Este documento sirve como el Resumen en Términos Sencillos de la Política de Asistencia Financiera.*

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente \_\_\_\_\_

Número(s) de Teléfono del Paciente \_\_\_\_\_ N° del Seguro Social \_\_\_\_\_

¿Actualmente está empleado?     SÍ     NO

Si la respuesta es 'sí', el Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Cónyuge \_\_\_\_\_ N° del Seguro Social del Cónyuge \_\_\_\_\_

¿Actualmente está empleado?     SÍ     NO    Si la respuesta es 'sí', el Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

Nombre(s) de los familiares dependientes **menores de 19 años** actualmente residiendo con usted:

Nombre(s)	Fecha(s) de Nacimiento	Número(s) del Seguro Social

Describa brevemente por qué está solicitando asistencia financiera. (Incluya toda la información relevante sobre su empleo, salud, discapacidad, fallecimiento relacionado, divorcio, circunstancias especiales, etc.)

---



---



---



---



---



---



---



---

*DECLARACIÓN DE INGRESOS Y RECURSOS*

<b>Ingresos: (Cantidad Bruta)</b>	<b>Paciente</b>	<b>Cónyuge</b>
Salario (Mensual)		
Seguro Social / Discapacidad		
Manutención Infantil		
Jubilación (401(k), IRA, etc.)		
Negocio		
Estampillas para alimentos		
Otros ingresos		

<b>Recursos (Valor actual de cada uno):</b>	<b>Paciente</b>	<b>Cónyuge</b>
Cuentas corrientes bancarias		
Cuentas de ahorros		
Otro(s)		

<b>Gastos Mensuales:</b>			
Vivienda		Servicios	
Seguro		Manutención Infantil	
Pago de Automóvil		Tarjetas de Crédito	
Seguro Médico		Medicamentos	

Para asegurar un examen exhaustivo de su solicitud y para ayudarnos a tomar una decisión informada, DEBE enviar lo siguiente:

- Documentación sobre sus ingresos (ejemplos: comprobante(s) de su cheque salarial, estampillas para alimentos, declaración de impuestos federales, W-9, etc.)
- Prueba de residencia (ejemplos: licencia de conducir, recibo de luz, recibo de agua, etc.)

Yo certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Yo entiendo que la información aquí adjunta está sujeta a verificación y revisión por las organismos federales y estatales de ejecución y otros, si fuese necesario.

Firmado por: \_\_\_\_\_ (Firma del Solicitante)