

Madison Regional Health System (conocida por sus siglas en inglés MRHS) es un centro autónomo, sin fines de lucro, que pone a su disposición 22 camas, que ha estado sirviendo a la comunidad de Madison y a las comunidades cercanas por más de un siglo. Nos esforzamos en brindar la mejor atención médica posible para nuestros pacientes. Entendemos que las facturas asociadas con nuestros servicios pueden causar dificultades económicas. Por esta razón, ofrecemos una oportunidad para recibir ayuda financiera para gastos médicos dentro de nuestro sistema de salud.

Los solicitantes deben primero solicitar la ayuda de Medicaid, y solicitar la ayuda de otros posibles programas de ayuda financiera antes de completar esta solicitud. Si usted es residente en Dakota del Sur, también debe entregar una solicitud para el programa "County Poor Relief" antes de solicitar ayuda financiera para gastos médicos. Usted puede solicitar el programa "County Poor Relief" en el edificio del tribunal local del condado. Si usted tiene alguna pregunta referente a la asistencia financiera o la información requerida en esta solicitud, por favor comuníquese con nuestro Asesor Financiero.

Para poder entender mejor las circunstancias de su estado económico, hemos anexado a esta carta la solicitud. Para que reciba consideración para nuestro programa de asistencia financiera, usted debe completar la solicitud en su totalidad y entregarla con los documentos requeridos enumerados a continuación a la Oficina de Negocios (conocida en inglés como Business Office) de MRHS. Si las condiciones cumplen con los criterios establecidos por MRHS, es posible que se le perdone una parte o la totalidad del saldo de su cuenta.

Documentación de apoyo/respaldo, por favor proporcione la(s) copia(s) más reciente(s) disponible(s):

- Solicitud adjunta firmada y fechada
- Copias más recientes de dos talones/comprobantes de pago de cada asalariado del hogar
- Copias de estado de cuentas bancarias del último mes para todas las cuentas bancarias (cheques, ahorros, etc.)
- Declaración de Impuestos (Federal, Estatal si corresponde)
 - Si su declaración de impuestos más reciente no está disponible, necesitaremos uno de los siguientes:
 - Carta de Verificación de los Beneficios del Seguro Social
 - Carta de Confirmación del IRS de No Haber Presentado Declaración (llame al 800-829-1040 para obtener una copia)
- Formulario(s) W-2
- Copias de todos los gastos médicos
- Copias de todas las declaraciones de tasación de impuestos a la propiedad del condado para todas las propiedades que posee
- Copias para respaldar el valor de sus activos/bienes (declaraciones de hipotecas, declaraciones de préstamos, etc.)

** La Oficina de Negocios puede solicitar información adicional según sea necesario para el trámite de la solicitud.

Entendemos que los comprobantes de ingresos/impuestos anteriores pueden reflejar un ingreso diferente a la de su situación actual. Si este es el caso, proporcione una carta breve explicando su situación económica/financiera actual.

Una vez que hayamos revisado/analizado su solicitud, recibirá una notificación de nuestra decisión por escrito dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud. Si desea dialogar algo sobre su cuenta o si tiene preguntas, comuníquese con nuestro Asesor del programa para Ayuda Financiera al 605-256-6551. Nuestro horario de oficina es de 8am-5pm de lunes a viernes. Por favor de responder a las solicitudes para recibir información adicional dentro de 30 días y enviarlo de regreso a nuestras oficinas por correo a Madison Regional Health System, 323 SW 10th Street, Madison, SD 57042.

Le agradecemos su confianza.

Sinceramente,
Madison Regional Health System



Envíe esta solicitud a:

Madison Regional Health System
 323 SW 10th Street
 Madison, SD 57042-3200
 (605) 256-6651

Office Use Only:

Account # _____
 Date Received by Financial Office: _____

Solicitud para Asistencia Financiera

Información Demográfica

Nombre del Solicitante		Fecha de Nacimiento del Solicitante		Nombre del Cónyuge		Fecha de Nacimiento del Cónyuge	
Dirección		Ciudad		Estado		Código Postal	
Tiempo Viviendo en la Dirección Actual: ___ Años ___ Meses ___ Alquila/Renta ___ Dueño(a) del Hogar		Condado		Estado Civil ___ Casado(a) ___ Soltero(a) ___ Divorciado(a) ___ Enviudado(a)			
Número de Teléfono Celular		Número de Teléfono del Trabajo		Número de Teléfono Particular (hogar)		Número de Teléfono Celular	

Por favor enumere TODOS los integrantes/dependientes de su familia que viven en su hogar: (Adjunte una hoja por separado si se requiere espacio adicional)

Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Parentesco al Solicitante
1.					
2.					
3.					
4.					

Información del Solicitante				Información del Cónyuge			
Número de Seguro Social				Número de Seguro Social			
Empleador				Empleador			
Dirección de Empleador				Dirección de Empleador			
Puesto		Salario por Hora: _____		Puesto		Salario por Hora: _____	
Tiempo Trabajando: ___ Años ___ Meses ___ Número de horas que trabaja por semana				Tiempo Trabajando: ___ Años ___ Meses ___ Número de horas que trabaja por semana			

Información Adicional

¿Alguna vez ha declarado usted bancarrota/quiebra? ___No ___Sí ___Capítulo 7 ___Capítulo 13

Fecha de Declaración de Bancarrota: _____ Fecha de Aprobación de la Gestión: _____

¿Tiene usted fallos judiciales o gravámenes en su contra? En caso afirmativo, por favor indique las fechas y la(s) razón(es):

	Seguro Primario del Solicitante	Seguro Secundario del Solicitante	Seguro Primario del Cónyuge	Seguro Secundario del Cónyuge
Nombre:				
Dirección:				
Suscriptor de Seguro:				
Número de ID y Grupo:				

Fuente de Ingresos	Ingresos: representa los ingresos totales en efectivo de todas las fuentes antes de impuestos.			
	Ingresos Brutos Mensuales del Solicitante		Ingresos Brutos Mensuales del Cónyuge	
	Ingresos Brutos (Ingresos total antes de impuestos u otras deducciones)		Ingresos Brutos (Ingresos total antes de impuestos u otras deducciones)	
	Cantidad recibida de Seguro Social/SSI/SSDI		Cantidad recibida de Seguro Social/SSI/SSDI	
	Programas de Asistencia Pública		Programas de Asistencia Pública	
	Ingreso(s) por Renta de Propiedades		Ingreso(s) por Renta de Propiedades	
	Jubilación/Pensión		Jubilación/Pensión	
	Beneficios para Veteranos		Beneficios para Veteranos	
	Beneficios de Seguro de Desempleo/ Indemnización Laboral Fecha de Inicio: _____ Fecha de Vencimiento: _____		Beneficios de Seguro de Desempleo/ Indemnización Laboral Fecha de Inicio: _____ Fecha de Vencimiento: _____	
	Manutención de Hijo(s)/Manutención de Cónyuge: Fecha de Inicio: _____ Fecha de Vencimiento: _____		Manutención de Hijo(s)/Manutención de Cónyuge: Fecha de Inicio: _____ Fecha de Vencimiento: _____	
	Otro: _____ Por favor especifique: _____		Otro: _____ Por favor especifique: _____	
	TOTAL		TOTAL	
Ingreso Bruto Mensual Combinado:				
Ubicación		Ubicación		
Cantidad/Valor		Cantidad/Valor		
Cuenta Bancaria de Cheques		Certificado de Deposito (CD)		
Cuenta Bancaria de Ahorros		Acciones/Bonos		
Otro		Otro		

Patrimonio/Activos/Bienes/ Propiedad(es)	Vehículos Motorizados	Año/Marca/Modelo	Valor	Balance/Saldo del Préstamo	Acreeedor Prendario
		Año/Marca/Modelo	Valor	Balance/Saldo del Préstamo	Acreeedor Prendario
	Aparatos/Equipos de Recreación (barcos/motonieves, etc.)	Año/Marca/Modelo	Valor	Balance/Saldo del Préstamo	Acreeedor Prendario
		Año/Marca/Modelo	Valor	Balance/Saldo del Préstamo	Acreeedor Prendario
	Otra Propiedad	Dirección, Ciudad/Pueblo, Condado		Balance/Saldo del Préstamo	Valor de Tasación
		Dirección, Ciudad/Pueblo, Condado		Balance/Saldo del Préstamo	Valor de Tasación
Casa/Hogar/Hipoteca	Dirección			Valor de Tasación	
	Ciudad/Pueblo, Condado		Saldo del Préstamo de Hipoteca	Acreeedor Hipotecario	
Gastos Mensuales	Pago de Casa/Pago de Alquiler	Servicios de Agua y Alcantarillado	Seguro de Auto	Seguro de Vida	
	Impuestos a la Propiedad	Teléfono/Celular	Comida	Seguro Médico	
	Seguro de Propietarios de Vivienda	Cable para Televisión	Guardería	Medicamentos	
	Calefacción	Pago de Auto	Gastos de Mantenición de Hijos	Otro/Especifique:	
	Factura de Cuenta de Luz/Electricidad	Gastos de Transportación	Gastos de Equipo de Recreación	TOTAL	

Tarjetas de Crédito/Otros Gastos	Acreeedor	Dirección	Saldo de Tarjeta de Crédito	Pago Mensual
	TOTAL			
SUMA TOTAL/TARJETAS DE CRÉDITO, OTROS GASTOS Y GASTOS MENSUALES				

¿Cuánto de su factura de MRHS está pagando actualmente o puede pagar por mes? _____

- DEBE PROPORCIONAR LOS DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES DE LA LISTA A CONTINUACIÓN:**
- Copias más recientes de dos talones/comprobantes de pago de cada asalariado del hogar
 - Copias de estado de cuentas bancarias del último mes para todas las cuentas bancarias (cuenta de cheques, ahorros, etc.)
 - Declaración de impuestos (Federal, Estatal si corresponde) (si no está disponible: una carta de verificación de los beneficios del Seguro Social o una carta de confirmación del IRS de no haber presentado declaración)
 - Formulario(s) W-2
 - Copias de todos gastos médicos
 - Copias de todas las declaraciones de tasación de impuestos a la propiedad del condado para todas las propiedades que posee

- Copias para respaldar el valor de sus activos/bienes (declaraciones de hipotecas, declaraciones de préstamos, etc.)

SUS DERECHOS (Leer Cuidadosamente)

Yo (Nosotros), por la presente reconozco (o reconocemos) que la información proporcionada a MRHS es verdadera y correcta. Yo (nosotros) autorizo (autorizamos) a MRHS a verificar cualquier información proporcionada por mi (o por nosotros). Yo (Nosotros) entiendo (entendemos) que si se determina que la información proporcionada es falsa, resultará en una denegación de asistencia financiera y seré (seremos) responsable de los cargos por los servicios prestados/realizados.

Firma _____

Fecha _____

Firma _____

Fecha _____

