



# MURRAY-CALLOWAY

C O U N T Y H O S P I T A L

## Paquete de asistencia financiera

Este paquete incluye la información necesaria para que MCCH determine si usted es elegible para recibir asistencia financiera para las fechas de servicio. **Complete** el paquete adjunto, firme todos los formularios y envíelos a la siguiente dirección:

Attn: Financial Counselor, MCCH, North Tower, 270-752-2186  
o por correo a 803 Poplar Street, Murray, KY 42071

### Anexos:

- (A) Carta de notificación de asistencia financiera
- (B) Lista de elegibilidad
- (C) Lista de comprobantes de ingresos
- (D) Declaración de ingresos nulos
- (E) Planilla de evaluación financiera
- (F) Solicitud de DSH y formulario de evaluación de Medicaid/KCHIP
- (G) Planilla de asistencia financiera

Las pautas de asistencia financiera de MCCH establecen que usted tiene **10 DÍAS** para enviar toda la documentación requerida; de lo contrario, su solicitud podría ser denegada.

Le agradecemos su atención. Si tiene alguna pregunta, consulte la información de contacto a continuación.

Vonnie S. Hays Adams  
Director de Acceso de Pacientes  
[vsadams@murrayhospital.org](mailto:vsadams@murrayhospital.org)  
270-762-1211

## Anexo A

### Carta de notificación de asistencia financiera

Fecha:

Nombre del paciente:

Dirección del paciente:

N.º de cuenta del paciente:

Fecha del servicio:

Gracias por elegir Murray Calloway County Hospital. Nos comunicamos con usted para informarle sobre un programa que ofrece ayuda para gastos médicos a hogares que reúnan los requisitos. Si cumple con los requisitos, este programa lo ayudará a pagar su saldo pendiente con nuestro hospital.

Si está interesado en solicitar esta asistencia, devuelva la solicitud adjunta con copias de toda la información requerida **en un plazo de 10 días**. Si lo prefiere, puede llamarme para programar una cita y entregar la documentación personalmente en mi oficina, ubicada en el segundo piso de North Tower. Mi información de contacto se encuentra a continuación. Si no recibimos respuesta en el plazo de 10 días, entenderemos que no desea participar en el programa, y MCCH continuará con sus intentos de cobro.

Le agradeceríamos que atienda este asunto lo antes posible.

Sinceramente,

Brittany McDaniel  
Asesora financiera  
270-752-2186

## Anexo B

### **Política de asistencia financiera de Murray-Calloway County Hospital Lista de elegibilidad**

Para ser elegible para recibir asistencia financiera, debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Los solicitantes deben ser ciudadanos de los Estados Unidos de América y tener un número *de Seguridad Social*. ***No se aceptarán números de Seguridad Social emitidos exclusivamente para visas de estudiante o de trabajo.***
2. Los solicitantes deben ser residentes del condado de Calloway o estar empleados en el condado de Calloway. Los estudiantes de tiempo completo/tiempo parcial de Murray State University que no sean residentes permanentes del condado de Calloway, pero que tengan una residencia temporal en dicho condado (que no sea alojamiento universitario o en el campus) también pueden postularse. **Los solicitantes deben proporcionar pruebas de su residencia y empleo, según corresponda.**
3. Los solicitantes deben primero ser evaluados o recibir una denegación por parte de los programas DSH de Medicaid en Kentucky.
4. La solicitud para los programas DSH/Medicaid también servirá como solicitud para el Programa de Asistencia Financiera de MCCH.
5. **El asesor de Asistencia Financiera de MCCH debe recibir la solicitud en el plazo de los 6 meses (180 días) posteriores a la fecha del servicio o de los 3 meses posteriores al último pago del seguro.**
6. La deuda en cuestión debe estar relacionada únicamente con MCCH o sus entidades afiliadas.
7. El solicitante no puede estar cubierto por un tercero pagador.

## Anexo C

### **Comprobantes de ingresos Política e instrucciones**

Los comprobantes de ingresos son obligatorios para todos los programas de asistencia. Los formularios aceptables deben incluir lo siguiente:

1. Copia de la declaración de impuestos más reciente o todos los formularios W2 de todos los miembros del grupo familiar. *(2024)*
2. Copia del talón de pago del año hasta la fecha de todas las personas en edad de trabajar *(18 años o más)* del grupo familiar. *(del 1 de enero de 2025 hasta la fecha actual)*

Y/O

Copia del cheque de desempleo de todos los miembros del grupo familiar que correspondan.

Y/O

Copia del cheque de compensación laboral para todos los miembros del grupo familiar que correspondan.

Y/O

Copia del cheque de pensión de todos los miembros del grupo familiar que correspondan.

Y/O

Copia de la declaración de adjudicación de ingresos de la Seguridad Social del beneficio actual para todos los miembros del grupo familiar que correspondan.

Y/O

Dos declaraciones notariadas de "ingresos nulos" *(Anexo D)* completadas por una persona que no sea pariente.

3. Los dos estados de cuenta más recientes: para todas las cuentas corrientes y de ahorro, según corresponda, para todos los miembros del grupo familiar que correspondan.

# Anexo D

## Declaración de ingresos nulos

A quien corresponda:

Por el presente, certifico que yo, \_\_\_\_\_, no tengo ningún ingreso en este momento. La última vez que trabajé fue el \_\_\_\_\_ y gané aproximadamente \_\_\_\_\_ por hora/semana.

Firmas: \_\_\_\_\_

**Nota: Los testigos NO deben vivir en la residencia que el paciente y no deben ser parientes del paciente.**

\_\_\_\_\_ (Firma del paciente) \_\_\_\_\_ (Fecha)

\_\_\_\_\_ (Firma del testigo) \_\_\_\_\_ (Fecha)

\_\_\_\_\_ (Dirección del testigo)

\*\*La firma del testigo verifica que, a su leal saber y entender, la información proporcionada es completa y veraz.

ESTADO DE KENTUCKY

CONDADO DE \_\_\_\_\_

El presente documento fue reconocido ante mí el día \_\_\_\_\_ (fecha)  
por \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ (nombres de  
las personas que lo reconocieron).

\_\_\_\_\_

Notario público

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Mi comisión expira el: \_\_\_\_\_

## Declaración de ingresos nulos 1

## Anexo D

### Declaración de ingresos nulos

A quien corresponda:

Por el presente, certifico que yo, \_\_\_\_\_, no tengo ningún ingreso en este momento. La última vez que trabajé fue el \_\_\_\_\_ y gané aproximadamente \_\_\_\_\_ por hora/semana.

Firmas: \_\_\_\_\_

**Nota: Los testigos NO deben vivir en la residencia que el paciente y no deben ser parientes del paciente.**

\_\_\_\_\_ (Firma del paciente) \_\_\_\_\_ (Fecha)

\_\_\_\_\_ (Firma del testigo) \_\_\_\_\_ (Fecha)

\_\_\_\_\_ (Dirección del testigo)

\*\*La firma del testigo verifica que, a su leal saber y entender, la información proporcionada es completa y veraz.

ESTADO DE KENTUCKY

CONDADO DE \_\_\_\_\_

El presente documento fue reconocido ante mí el día \_\_\_\_\_ (fecha)  
por \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ (nombres de  
las personas que lo reconocieron).

\_\_\_\_\_

Notario público

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Mi comisión expira el: \_\_\_\_\_

## Declaración de ingresos nulos 2

## Anexo E

Solicitud financiera de Murray –Calloway County Hospital  
Planilla de evaluación financiera

---

**Complete y envíe por correo la información solicitada a continuación, junto con toda la documentación requerida según los Anexos C y D, si corresponde, a la siguiente dirección: MCCH Financial Counseling Dept., 803 Poplar Street, Murray, KY 42071. También puede comunicarse con el asesor financiero de MCCH llamando al 762-1100, ext. 2186, de lunes a jueves entre las 8:00 a. m. y 4:30 p. m., o los viernes de 8:00 a. m. al mediodía, para programar una cita y entregar el paquete en persona.**

---

Número de teléfono celular/residencial del paciente \_\_\_\_\_

Estado civil del paciente: Soltero Casado (marque una opción con un círculo) Si se separó, ¿hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Hay menores de edad en el hogar? Sí No (marque una opción con un círculo) En caso afirmativo, ¿cuántos? \_\_\_\_\_

¿Viven en el hogar la madre y el padre de los menores? Sí No (marque una opción con un círculo)

Número de hijos menores bajo la custodia del paciente \_\_\_\_\_

¿El paciente es discapacitado? Sí No (marque una opción con un círculo)

¿Un médico determinó que el paciente es discapacitado? Sí No (marque una opción con un círculo)

¿Cuál es la naturaleza de la discapacidad? \_\_\_\_\_

¿El paciente solicitó beneficios por discapacidad de la Seguridad Social? Sí No (marque una opción con un círculo)

En caso afirmativo, ¿en qué fecha presentó la solicitud? \_\_\_\_\_

¿Recibió el paciente alguna denegación por parte de la Seguridad Social? Sí No (marque una opción con un círculo)

En caso afirmativo, ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_

¿Compareció el paciente ante un juez en relación con su solicitud de discapacidad? Sí No (marque una opción con un círculo)

¿Cuál es el nombre y el número de teléfono del abogado que lo representa en su caso de discapacidad?

\_\_\_\_\_

---

¿Solicitó Medicaid? Sí No (marque una opción con un círculo) En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Quién es su trabajador de caso? \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

---

¿Cuál es el ingreso mensual total del grupo familiar? \$ \_\_\_\_\_

Ingreso anual del grupo familiar \$ \_\_\_\_\_

¿El paciente se encuentra desempleado? Sí No (marque una opción con un círculo)

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el ingreso total del grupo familiar en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_

¿El paciente está imposibilitado de trabajar durante al menos un mes debido a esta enfermedad o lesión? Sí No (marque una opción con un círculo)

### **Anexo E – Página -2-**

¿El paciente es o era el principal proveedor de ingresos del grupo familiar? Sí No (marque una opción con un círculo)

En los últimos 6 meses, ¿usted o su cónyuge han tenido seguro? Sí No (marque una opción con un círculo)

¿El paciente tiene algún seguro de salud que cubra esta visita? Sí No (marque una opción con un círculo)

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Nombre de la empresa \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la empresa \_\_\_\_\_

Indique el saldo de cualquier cuenta bancaria, 401(k) o cuenta IRA \_\_\_\_\_

Indique el año, la marca, el modelo o todos los vehículos en el grupo familiar: 1.º \_\_\_\_\_

2.º \_\_\_\_\_, 3.º \_\_\_\_\_

¿Cuál es el monto adeudado de cada uno de los vehículos? \_\_\_\_\_

¿Tiene acciones, bonos, motocicletas, embarcaciones, vehículos recreativos, etc.? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el valor de estos bienes? \_\_\_\_\_

¿El paciente tiene seguro de vida? Sí No (marque con un círculo uno) ¿A término o permanente? \_\_\_\_\_

Si es una póliza permanente, ¿cuál es el valor en efectivo? \_\_\_\_\_

---

¿Esta visita se debe a un accidente automovilístico? Sí No (marque una opción con un círculo)

En caso afirmativo, ¿existe algún seguro involucrado? Sí No (marque una opción con un círculo)

(En caso afirmativo, complete la información anterior sobre el seguro).

¿La paciente está embarazada? Sí No (marque una opción con un círculo)

¿Esta visita se debió a un delito? Sí No (marque una opción con un círculo)

En caso afirmativo, ¿fue usted una víctima inocente del delito? Sí No (marque una opción con un círculo)

¿Se presentará una denuncia policial en las 48 horas posteriores al delito? Sí No (marque una opción con un círculo)

---

Nombre y número del empleador del paciente \_\_\_\_\_

Nombre y número del empleador del cónyuge \_\_\_\_\_

Monto total de facturas médicas pendientes actuales \_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono de las personas autorizadas con las que podemos comunicarnos \_\_\_\_\_

Forma preferida de contacto con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completó este formulario (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma de la persona que completó este formulario \_\_\_\_\_

Su relación con el paciente \_\_\_\_\_

---

## Anexo F

### Solicitud de DSH y formulario de evaluación de Medicaid/KCHIP

<b>Información personal</b>
-----------------------------

Fecha del día:	Teléfono del trabajo:
Nombre del paciente:	Fechas en que se prestaron los servicios: / / - / /
Dirección:	Casado/Soltero:
Ciudad:	Nombre del cónyuge:
Estado:                      Código postal:	¿La paciente está embarazada? Sí No (marque una opción con un círculo)
Número de la Seguridad Social      -      -	¿El paciente es residente de KY? Sí No (marque una opción con un círculo)
Fecha de nacimiento:	
Sexo asignado al nacer:	
Teléfono residencial:	

Mencione el nombre, el número de la Seguridad Social, el parentesco y la edad de cada miembro del grupo familiar en la vivienda.

Nombre del miembro del grupo familiar	N.º de Seguridad Social	Parentesco	Edad

---

¿Tiene la persona hijos dependientes viviendo en el hogar? Sí No (marque una opción con un círculo)

Si la respuesta es **SÍ**, derive a la persona al Departamento de Servicios para Niños y Familias (Department for Community Based Services, DCBS) para Medicaid.

Si la respuesta es **NO**, derive a la persona al DCBS para Medicaid **SOLO SI** la persona **NO** ha recibido una denegación de Medicaid en los últimos 30 días.

Si la persona, sin hijos menores de 18 años, alega estar discapacitada, remítala a la Administración de la Seguridad Social para que solicite el ingreso de seguridad suplementario (Supplemental Security Income, SSI).

---

### Información sobre ingresos

Empleador del paciente:	Seguridad Social:
Empleador del cónyuge:	Compensación laboral:
Teléfono del trabajo	SSI:
Ingreso total bruto mensual:	Otro:
Desempleo:	Ingresos totales del grupo familiar:
Manutención de los hijos:	

**Anexo F Página -2**

### Información del seguro

Seguro de salud/vida:
Número de teléfono:
Número de póliza:
Número de grupo:
Titular de la póliza:
Relación con el paciente:

### Recursos contables

	Nombre del banco	Saldo
Cuenta corriente		
Cuenta de ahorros		
Mercado monetario		
Fondos mutuos		
Acciones		
Bonos		
Otro		
Total de facturas médicas pendientes		
Recursos totales		

¿La fecha del servicio estuvo relacionada con un accidente automovilístico? Sí No  
(marque una opción con un círculo)

¿Solicitó y le denegaron los beneficios de Medicaid o KCHIP? Sí No  
(marque una opción con un círculo)

## Certificación de la precisión de la información

Por la presente, acepto proporcionar al Hospital toda la información necesaria para que puedan determinar mi necesidad de recibir asistencia financiera por los servicios de atención médica recibidos. Acepto que el Hospital pueda recibir o recabar todos los documentos necesarios para verificar mis ingresos, situación laboral y recursos financieros actuales. También comprendo que no presentar la información requerida en un plazo de 10 días hábiles puede comportar el rechazo de mi solicitud de asistencia. Asimismo, me comprometo a notificar al Hospital de forma inmediata sobre cualquier cambio en mi dirección, número de teléfono, empleo o ingresos.

Autorizo a los representantes del Hospital a evaluar mi elegibilidad y a realizar las gestiones necesarias para solicitar asistencia a través de los programas estatales de Medicaid, KCHIP y DSH.

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es correcta, a mi leal saber y entender. Comprendo que, si doy información falsa u oculto información al aceptar la asistencia, puedo estar sujeto a un **proceso judicial por fraude**. Entiendo que tengo derecho a solicitar una audiencia imparcial si no estoy satisfecho con alguna medida tomada en mi solicitud. Entiendo que debo comunicarme con el Hospital para solicitar una audiencia.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona o responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado del Hospital

\_\_\_\_\_  
Fecha

¿Parece que la persona califica para Medicaid? Sí No (marque una opción con un círculo)

En caso afirmativo, remita a la persona a la Oficina del DCBS correspondiente a su condado de residencia.

También puede entregar personalmente una copia de este formulario a dicha oficina o proporcionársela a:

*Jayme Gray, representante de Cuentas para Pacientes de MedAssist  
Murray Calloway County Hospital  
803 Poplar St  
Murray, KY 42071*

*Tel.: 270-762-1891*

*Fax: 270-767-3662*

*Celular: 270-703-6110*

**\*El consultorio de Jayme se encuentra en el Departamento de Emergencias**

# Anexo G

## Planilla de asistencia financiera

Patient Name		Patient Account #	
Account balance		Requested Monthly Payment	
<b>INCOME</b>		<b>EXPENSES</b>	
<b>Husband</b>		Rent/House payment	
Gross Salary		Food	
Net Salary		Utilities	
<b>Wife</b>		Car Payment	
Gross Salary		Car Insurance	
Net Salary		Charge Accounts	
<b>Other Income</b>		Visa/MC	
Rental Property		AMEX	
Pension Income		Dept Store	
Social Security		Other	
Child Support		Medical Expenses	
Alimony		Cloths	
Disability		Phone/Entertainment	
Other		Insurance	
Total Monthly Income	\$	Childcare	
		Other Expenses	
		Total Monthly Expenses	\$
Total Number in Houshold			
Comments			
	Name of Bank		Amount
Checking			
Saving			
Home Equity			
Car Make and Model			
		Total Assets	\$
Please attach copies of most recent bank statements			
Signature:		Date:	
By signing this document I certify that all of the information on this form is true and correct			
Application Received By:		Date:	