



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) Formulario de solicitud para DSH y evaluación de elegibilidad para Medicaid
- (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
Directora de Acceso de Pacientes
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
Murray-Calloway County Hospital
bjmcdaniel@murrayhospital.org
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 y/o estar empleados en dicho condado. Los estudiantes de tiempo completo o de 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 solicitar la asistencia. ***Los solicitantes deben proporcionar pruebas de su residencia y empleo, según corresponda.*** Es posible que para la asistencia financiera se considere a los solicitantes que no sean residentes del condado de Calloway y/o que no estén empleados en dicho condado si residen en los condados de Trigg, Marshall o Graves, o bien, si residen en otros condados, pero son remitidos a MCCH para recibir servicios o ver a proveedores que no están disponibles en su condado de residencia (es decir, cardiología intervencionista, oncología, radiación, etc.)
3. Se evaluará la elegibilidad de los solicitantes para los programas Medicaid o DSH de Kentucky.
4. **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.**
5. La deuda en cuestión debe estar relacionada únicamente con MCCH o sus entidades afiliadas.
6. 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. *(2025)*
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 1º de enero de 2026 a 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 ganaba 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 nombramiento vence 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 ganaba 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 nombramiento vence 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 indicada a continuación, junto con toda la documentación solicitada mencionada en 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 al llamar al 762-1100, ext. 2186, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 3:00 p. m. 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 social? _____ N.º de teléfono _____

Anexo E – Página -2-

¿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)

¿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)

Anexo E – Página -3-

Nombre y número del empleador del paciente_____

Nombre y número del empleador del miembro del grupo familiar_____

Monto total de facturas médicas actuales pendientes de pago_____

Nombre y número de teléfono de las personas autorizadas con las que podemos comunicarnos_____

Relación con el paciente_____

Nombre de la persona que completa este formulario (en letra de imprenta)_____

Firma de la persona que completa este formulario_____

Su relación con el paciente_____

Anexo F

Formulario de solicitud para DSH y evaluación de elegibilidad para Medicaid

Información personal

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:	Correo electrónico:
Número de teléfono celular/residencial:	

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

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/SSI:
Empleador del cónyuge:	Compensación laboral:
Teléfono del trabajo	Otro:
Ingreso total bruto mensual:	Saldo de la cuenta corriente:
Desempleo:	Saldo de la cuenta de ahorros:
Manutención de los hijos:	<u>Ingresos totales del grupo familiar:</u>

Certificación de la precisión de la información

Por la presente, acepto proporcionar toda la información necesaria para que MCCH pueda determinar mi necesidad de recibir asistencia financiera por los servicios de atención médica recibidos. Acepto que MCCH 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 solicitada en un plazo de 10 días hábiles puede ser motivo suficiente para rechazar 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 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.

Esta persona también puede entregar personalmente una copia de este formulario a dicha oficina o bien enviarla a:

William Longworth, KyConnector certificado
Murray Calloway County Hospital
803 Poplar St
Murray, KY 42071

Tel.: 270-762-1891
Fax: 270-767-3662

***El consultorio de William está ubicado en el Departamento de Radiología en South Tower**

Anexo G

Planilla de asistencia financiera

Nombre del paciente		N.º de la(s) cuenta(s) del paciente	
Saldo de cuenta			
INGRESOS		GASTOS MENSUALES	
Solicitante			
Salario bruto		Pago de alquiler/vivienda	
Salario neto		Alimentación	
		Servicios públicos	
		Pago del automóvil	
		Seguro de automóvil	
Otro(s) miembro(s) adulto(s) del grupo familiar			
Salario bruto		Cuentas de crédito	
Salario neto		Visa/MC	
		AMEX	
		Tienda de departamento	
		Otro	
Otros ingresos			
Propiedades en renta		Gastos médicos	
Ingresos por pensión		Vestimenta	
Seguridad Social		Teléfono/Entretenimiento	
Manutención de hijos		Seguros	
Pensión alimenticia		Cuidado infantil	
Discapacidad		Otros gastos	
Otro			
		Gasto mensual total	\$
Ingreso mensual total	\$		
Cantidad de personas del grupo familiar			
Comentarios			
	Nombre del banco		Monto
Cuenta corriente			
Cuenta de ahorros			
Capital de vivienda			
Marca y modelo del automóvil			
		Activos totales	\$
Adjunte dos copias de los estados de cuenta bancarios más recientes			
Firma:		Fecha:	
Al firmar este documento, certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.			
Solicitud recibida por:		Fecha:	