

Guía para el llenado de la aplicación de Cuidados con Compasión

- Debe de entregarse la información del ingreso de todos los miembros de la familia que estén recibiendo ingresos y viviendo en el hogar.
- Por favor, compruebe su ingreso usando las formas de impuestos W2, las devoluciones de impuestos o sus talones de pago de su sueldo.
- Presentar la solicitud no le garantiza que la asistencia le sea otorgada.
- Presente por separado una solicitud de ayuda financiera por cada nueva consulta. La aprobación de una consulta no garantiza la ayuda en futuras consultas.

Sisters of Mercy Urgent Care:

- Notificará a todos los solicitantes el estado de su solicitud de Cuidados con Compasión.

¿Quién es responsable del pago de la factura?

El paciente (ó adulto solicitante, si el paciente es un menor de edad) es financieramente responsable del costo de cualquier servicio del cuidado de la salud prestado por Sisters of Mercy Urgent Care. El pago por todos los servicios prestados es pagadero al momento de la prestación del servicio a menos que un arreglo previo se haya llevado a cabo. Sisters of Mercy Urgent Care no es una clínica gratuita.

Las facturas pueden ser pagadas con:

- Efectivo
- Cheque
- Tarjeta de Débito
- Tarjeta de Crédito



Guías de Ingreso de los Cuidados con Compasión

Co-pago
Porcentaje cancelado de su
deuda después del co-pago

En ó por debajo del nivel federal de pobreza \$10.00 100%

Hasta el 125% del nivel federal de pobreza \$20.00 75%

Hasta el 150% del nivel federal de pobreza \$35.00 50%

TAMAÑO DE LA FAMILIA	NIVEL FEDERAL DE POBREZA 2009*	EN Ó POR DEBAJO DEL NIVEL FEDERAL DE POBREZA	HASTA EL 125% DEL NIVEL FEDERAL DE POBREZA	HASTA EL 150% DEL NIVEL FEDERAL DE POBREZA
1	\$10,830.00	\$10,830.00	\$13,537.50	\$16,245.00
2	\$14,570.00	\$14,570.00	\$18,212.50	\$21,855.00
3	\$18,310.00	\$18,310.00	\$22,887.50	\$27,465.00
4	\$22,050.00	\$22,050.00	\$27,562.50	\$33,075.00
5	\$25,790.00	\$25,790.00	\$32,237.50	\$38,685.00
6	\$29,530.00	\$29,530.00	\$36,912.50	\$44,295.00
7	\$33,270.00	\$33,270.00	\$41,587.50	\$49,905.00
8	\$37,010.00	\$37,010.00	\$46,262.50	\$55,515.00
CADA PERSONA ADICIONAL	\$3,740.00	\$3,740.00	\$4,675.00	\$5,610.00

* Actualizado anualmente



Programa de Cuidados con Compasión

Ayuda financiera para aquellos con necesidad de cuidados de la salud.



Sisters of Mercy Urgent Care se

esfuerza por proveer cuidados de la salud de alta calidad a precios razonables para todos en las comunidades en las que prestamos nuestros servicios. Como parte de esta misión, hemos establecido el Programa de Cuidados con Compasión para apoyar a aquellos que pueden no tener suficiente dinero para pagar por los servicios. Para determinar su elegibilidad para este programa, por favor llene esta solicitud y entréguela con los documentos comprobantes en cualquiera de los centros de Sisters of Mercy Urgent Care.

Por medio del Programa de Cuidados con Compasión, Usted hace un pago mínimo de \$10, \$20 ó \$35 basado en su nivel de ingresos, al momento de la prestación del servicio. Posteriormente a la entrega de su solicitud de Cuidados con Compasión y de los documentos comprobatorios, nosotros determinaremos el porcentaje de su factura que será cubierto por el programa y le notificaremos del saldo restante.



Arden • Brevard • South Asheville
Weaverville • West Asheville

828-210-2121



Solicitud para el Programa de Cuidados con Compasión

Por favor, despege, llene y envíe a: P.O. Box 16367, Asheville, NC 28816

PACIENTE/ PARTE RESPONSABLE

Nombre del Paciente: _____

Cuenta #: _____ SS #: _____

Nombre de la Parte Responsable (si es diferente al anterior): _____

Dirección Actual: No. De Años: _____ Propia: _____ Rentada: _____

Calle: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Dirección previa (si tiene menos de 2 años en la dirección actual): _____

Calle: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono de la Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Patrón: _____

Posición/Título: _____ Antigüedad en el Trabajo: _____

Casado(a): _____ Soltero(a): _____ Divorciado(a): _____ Separado(a): _____ Viudo(a): _____

Número de Dependientes Aparte de su Esposo(a): _____ Edades: _____

ESPOSO(A) (Si está separado(a), no lo llene)

Nombre: _____

SS #: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Patrón: _____

Posición/Título: _____ Antigüedad en el Trabajo: _____

Número de Dependientes (si no están enumerados arriba): _____ Edades: _____

Yo, el suscrito, certifico que la información aquí proveída ha sido cuidadosamente llenada y que no existen omisiones y que esta información es verdadera y correcta a mi mejor entender. Yo entiendo que llenar esta solicitud no garantiza ningún ajuste en mi cuenta. Yo también entiendo que para completar mi aplicación, debo de presentar copias de las devoluciones de impuestos de los dos últimos años y que la verificación de otros ingresos y gastos puede ser requerida. Mi firma otorga a Sisters of Mercy Urgent Care, Inc. permiso para obtener un reporte de crédito de la agencia de reportes crediticios de su elección.

Firma del Paciente/Parte Responsable Fecha

Firma del Esposo(a) Fecha

OFFICE USE ONLY

Date Received: _____ Account #: _____

Received By: _____

Total Account Balance: _____

On _____, I notified the above patient, by letter, that they are / are not (circle one) eligible for assistance under the guidelines of Sisters of Mercy Urgent Care, Inc. Compassionate Care Program. The level of assistance granted is _____%.

New Account Balance: \$ _____

Compassionate Care Coordinator Date

Business Services Administrator Date

¿Preguntas?

El personal de Sisters of Mercy estará encantado de responder a cualquier pregunta que Usted pueda tener acerca del Programa de Cuidados con Compasión. Nosotros podemos también referirlo a otras agencias que proveen ayuda financiera para los cuidados de la salud. Por favor, llámenos al (828) 252-8957, Opción 7.

Estamos
aquí
para
servirle.