

Solicitud de Asistencia Financiera De MUSC

Nombre de Solicitante (Primero, segundo, apellido)	Fechas de servicio	Numero de Historial Medico
---	---------------------------	-----------------------------------

Instrucciones: Complete solicitud y adjiera copias (no originales) de:

- **Formas Validas** (Licencia de conducir, Credencial, Pasaporte, etc.)
- **Declaracion de Impuestos** (Año previo)
- **Seguro Social /Discapacidad, W-2 o Desempleo** (si aplica)
- **Talon de pago** (Mas reciente)
- **Carta de Cupones alimenticios*** (si aplica)

Ubicacion de Servicio(s)

 Charleston University Medical Center Chester
 Medical Center
 Florence Medical Center
 Lancaster Medical Center
 Marion Medical Center
 Kershaw Medical Center
 Columbia Medical Center (Downtown/Northeast)

Es residente de Carolina del Sur? Si No (Anote el Estado) _____

Paciente/Persona Responsable

Nombre (Primero, segundo, apellido)		Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (M,D,Año)	
Domicilio		Ciudad	Estado	Codigo postal
Telefono	Tamaño del hogar (Paciente, Esposo(a) y Dependes)		Estado civil	
Situacion Laboral <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante			Nombre y domicilio de Empleo	
Duracion de Empleo	Fecha de desempleo/duración (Mes, Dia, Año)		Es usted reclamado en otros Impuesto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si respuesta es si, anote los nombres de ellos)	

Esposo(a)/Pareja

Nombre (Primero, segundo, apellido)		Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (M-D-A)
Situacion Laboral <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante			Nombre y domicilio de Empleo
Duracion de Empleo	Fecha de desempleo/duración (Mes, Dia, Año)		

Dependes (Si son mas de (3) usar otra pagina)

Nombre Completo	Relación	Fecha de Nacimiento(M,D,A)
1.		
2.		
3.		

Certificacion

Yo certifico que toda información es verdadera y correcta de mi conocimiento. Entiendo que la información sera usada para determinar mi habilidad para pagar por servicios proporcionados por MUSC o una entidad afiliada y doy permiso a MUSC y todas clinicas afiliadas, hospitales y entidades para compartir la información como sea necesario para considerar mi solicitud de asistencia financiera. Yo concedo permiso a MUSC, y sus afiliados representantes o agentes para investigar información contenida en este documento, y para aprobar my solicitud.

Paciente/Firma de Persona Responsable	Fecha (Mes, Dia, Año)
--	------------------------------

Favor de mandar esta forma completa con documentación requerida a el domicilio siguiente:

ATTN: MEDICAL UNIVERISTY OF SOUTH CAROLINA
 1 Poston Road, Suite 135
 Charleston, SC 29407
 843-792-2311

En 4 a 6 semanas, usted recibirá correspondencia para informarle si es eligible para asistencia financiera. Si recibe carta de aprobación, no garantiza que todos los servicios en MUSC son aprobados o servicios futuros serian aprobados para asistencia financiera. Favor de comunicarse al equipo de Servicio al Cliente de MUSC a 843-792-2311 con cualquier pregunta, comentarios o inquietudes.

 Puede aplicar en linea en este sitio <https://mychart.musc.edu>

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre de paciente: _____

LISTA DE DOCUMENTOS REQUERIDOS

Favor de regresar lo siguiente para asegurar el proceso de su solicitud:

Solicitud completa. Favor de completar **todos campos**, firmar con la fecha. Si algo no aplica a su situación, marcar cero o N/A.

Impuestos Federales completos, firmados de todo adulto en el hogar que gana ingresos. (Esto incluye a parajes no casadas.) Copias de impuestos previos, pueden ser obtenidas de IRS al 800-829-1040.

Anote aquí, si usted no declaro Impuestos el ano pasado y explicar.

Si usted solo recibe ingreso de Seguro Social y no declara impuestos, favor de mandar Declaración de Beneficios del Seguro Social de este ano.

Se debe determinar la elegibilidad de todas las opciones de seguros y pagos de terceras partes, incluyendo Asistencia Medica (Medicaid) previo a calificar para beneficios de Asistencia Financiera.

Verificación de Ingreso – Últimos dos talones de pago, Impuestos Federales mas recientes, Formas W-2 o 1099 mas recientes, Carta de adjudicación del Seguro Social, Declaración de Desempleo, Carta de adjudicación de compensación para trabajadores, Declaración de pension o anualidad.

Evidencia de Identidad – Licencia de conducir, ID escolar, Registro de Votante , Tarjeta militar de EE.UU. o registro de reclutamiento, Identificación emitida por el gobierno federal o estatal.

Verificación de residencia – Factura de Utilidad, Contrato de alquiler/arrendamiento, declaración de hipoteca, factura de Impuesto, Declaración de habitación y comida, verificación escrita del propietario.

Copia de declaración de impuestos de todos bienes y propiedades.

Otros documentos de apoyo

****Favor no mandar documentos originales. No seran regresados a usted.**

Mandar solamente copias o traer originales a la oficina de Consejería Financiera de Medical University of South Carolina para hacer copias.**

Enviar completo/Formas firmadas a: MUSC, 1 Poston Road, Suite 300, Charleston, SC, 29407