

6/22/2015
Nombre del Paciente:
Número de Cuenta:

Estimado Sra. /Sr. _____ :

Hemos recibido su solicitud de asistencia financiera para los servicios médicos proporcionados por Medical University of South Carolina (MUSC). Esta solicitud del programa asistencia financiera se utilizara para todos los servicios de salud de MUSC

Es usted un residente de Carolina del Sur? **SÍ** **O** **NO** **Es usted ciudadano de los Estados Unidos?** **SÍ** **O** **NO**
Si la respuesta es SÍ: usted debe de proporcionar una copia legible de su licencia de conducir válida o una copia legible de una foto de identificación válida de Carolina del Sur.
Si la respuesta es NO: Por favor proporcione una copia legible de la tarjeta verde válida.

Tiene seguro de salud? **SÍ** **O** **NO** Nombre/Número de la Póliza _____

Número de dependientes reclamados en la declaración de impuestos/que viven en el hogar (por favor incluya su cónyuge como un dependiente)
 (Nota: Todos los dependientes deben proporcionar la misma prueba de ciudadanía, como se ha señalado más arriba). _____

Los ingresos anuales (antes de impuestos): por favor, incluya los ingresos de todos los miembros de la familia \$ _____

Número de seguro social de la persona financieramente responsable: _____

Los gastos mensuales:

Alquiler/Hipoteca: \$ _____ Utilidades: \$ _____ Pago de carro: \$ _____ Comida: \$ _____

Pagos de seguros: \$ _____ Pagos médicos: \$ _____

Bienes:

Cuenta de cheques: \$ _____ Cuenta de ahorros: \$ _____ Acciones y bonos: \$ _____

Certificado de depósitos: \$ _____ Cuenta del mercado monetario: \$ _____

Yo, el abajo firmante, certifico que he leído o se me han leído todas las declaraciones en esta solicitud y que la información que he proporcionado es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento y acuerdo en comunicar cualquier cambio.

Además autorizo la divulgación de mi información, incluyendo información financiera, necesaria para determinar mi elegibilidad para el programa de asistencia financiera de MUSC. Yo entiendo y autorizo a Medical University of South Carolina, la autoridad del aospital de la universidad médica, Medical University Physicians, sus afiliados, sus agencias de cobro o de abogados para verificar la información contenida en esta solicitud, incluyendo la obtención y revisión de mi informe de crédito o del paciente, el garante o la persona financieramente responsable. **Entiendo que se me puede pedir que proporcione los documentos necesarios para comprobar mi residencia en Carolina del Sur, número de dependientes que estoy reclamando y prueba de ingresos para ayudar a determinar mi situación financiera.**

Entiendo que mi elegibilidad para este programa de descuentos es para un período de un (1) año y contingente al mantenimiento de la elegibilidad. Tengo que volver a renovar cobertura cada año. También entiendo que cualquier descuento podrá ser retirado si cambia mi condición financiera.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor de regresar esta forma con su firma y fecha.

Al recibir esta información, se hará una determinación en cuanto a su elegibilidad para este programa y notificación se enviará a usted con respecto a su aprobación o negación.

Si tiene cualquier pregunta relacionada con esta solicitud, al 843-792-2311 o 800-598-0624 para obtener asistencia. Por favor de enviar una copia firmada de esta solicitud al siguiente domicilio: MUSC Physicians, 1 Poston Rd., Suite 350, Charleston, SC 29407.