

*For a lifetime of caring*



# MID COAST–PARKVIEW HEALTH

## Patient Accounts

329 Maine Street, Suite C100  
Brunswick, Maine 04011  
(207) 373-6075  
[www.midcoasthealth.com](http://www.midcoasthealth.com)

Estimado(a) paciente o fiador:

Mid Coast Hospital y Mid Coast Medical Group ofrecen un programa de Ayuda financiera que les permite a los pacientes no compensados, que satisfacen las directrices de ingresos específicas o pacientes ambulatorios que reciben descuentos, obtener servicios médicamente necesarios durante seis (6) meses. Con cada admisión se toma una determinación acerca de la aptitud del paciente hospitalizado para recibir la ayuda financiera.

**Junto con la solicitud financiera completada, debe proporcionar los siguientes documentos financieros relacionados con sus ingresos: Las solicitudes incompletas no se tomarán en cuenta.**

- Formularios de impuestos federales más recientes con todas las programaciones;
- Formulario de IRS 4506-T que es evidencia del estado de las personas que no declaran, el cual puede obtenerse del IRS. Para obtener esto puede llamar al 800-829-1040.

**Y**

- 3 talones de pago o beneficios por desempleo anteriores;
- cheques del Seguro Social;
- si vive de inversiones o ahorros, los estados de cuenta bancarios o corretaje de los últimos 3 meses;
- Si no recibe ingresos, una copia de su Carta de adjudicación de asistencia general, copia de asistencia de alimentos o SNAP, o carta de apoyo de la persona que le ayuda con sus gastos de vivienda.

Nuestra meta es responder a todos los solicitantes en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la solicitud completada con los documentos de respaldo.

Si tiene alguna pregunta en cuanto al proceso de Ayuda financiera o la solicitud, comuníquese con nosotros llamando al (207) 373-6077.

Envíe por correo postal todos los documentos completados a:

Patient Accounts  
Mid Coast–Parkview Health  
329 Maine Street, Suite C100  
Brunswick, Maine 04011

For a lifetime of caring



# MID COAST-PARKVIEW HEALTH

## Patient Accounts

329 Maine Street, Suite C100  
Brunswick, Maine 04011  
(207) 373-6075  
www.midcoasthealth.com

### Divulgación y Solicitud de ayuda financiera de Mid Coast Hospital / Mid Coast Medical Group

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_  
Nº de teléfono de casa/celular: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

¿Era el paciente residente de Maine al momento de recibir el servicio?	SÍ	NO
¿Estuvo el paciente involucrado en un supuesto accidente que provocó la necesidad de obtener los servicios?	SÍ	NO
¿Ha solicitado o se le ha denegado la cobertura de Medicaid de Maine (Mainecare)?	SÍ	NO
¿Cuántas personas hay en la familia/grupo familiar del paciente?		

Ingresos totales por salario o Seguro Social del paciente:	
Salarios totales del cónyuge, si aplica:	
Pensión alimenticia/Manutención infantil:	
Otros ingresos (propiedad rentada, discapacidad, jubilación, empleo independiente, etc.):	
<b>Total de ingresos familiares mensuales:</b>	

### **CERTIFICACIÓN**

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier ayuda estatal, federal o local para la cual pueda ser elegible para ayudar a pagar la factura del hospital. Comprendo que la información proporcionada puede ser verificada y les autorizo a que se comuniquen con terceros para verificar la exactitud de la información que se proporciona en esta solicitud. Comprendo que si deliberadamente proporcioné información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir la ayuda financiera. Cualquier ayuda financiera otorgada puede ser retirada y seré responsable del pago de la factura del hospital.

POR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

<b>SOLO PARA USO DE LA OFICINA:</b>	
Fecha en que se recibió la solicitud:	
Total de ingresos familiares anuales:	
% del Nivel federal de pobreza:	
Estatus:	APROBADO en _____ % DENEGADO
Fecha en que se envió la carta de otorgamiento/denegación:	
Firma del Director:	