

## Hoja de instrucciones

### Asegúrese de adjuntar una copia de la siguiente documentación junto con su solicitud completa:

1. Copia del último recibo de sueldo, carta de jubilación o pensión, carta de adjudicación del Seguro Social o de la prestación por discapacidad de todos los miembros de la familia que perciban ingresos. El recibo de sueldo debe tener la fecha inmediatamente anterior a la presentación de la solicitud. Se aceptará una carta de su empleador. Si solo un miembro de la familia tiene ingresos, se requiere una carta que indique que la otra persona no trabaja. Si se utiliza como ingreso, se debe incluir una copia de la carta de concesión de beca/ préstamo universitario.
2. Formularios de la declaración de impuestos federales más recientes de su familia. **No envíe los formularios W-2 ni los formularios de impuestos originales, ya que no serán devueltos.** Si no tenía la obligación legal de presentar la declaración, envíe una carta en la que lo indique. Si es propietario de un negocio, el estado de resultados (Pérdidas y Ganancias) de su declaración de impuestos federales. Si puede ser declarado como **dependiente** en la declaración de impuestos de otra persona, se requiere una copia de la declaración de impuestos y del recibo de sueldo actual de esa persona junto con un extracto bancario completo (con la actividad detallada de los últimos 30 días) de sus cuentas corrientes y de ahorro.
3. Extracto bancario de las cuentas corrientes y de ahorro (con la actividad detallada COMPLETA de los últimos 30 días) correspondiente al mes anterior a la fecha de la solicitud.
4. Copia de la licencia de conducir o identificación con fotografía del paciente. Si el paciente es menor de 18 años, se necesita una copia de la licencia de conducir o identificación con fotografía de uno de los padres.
5. La información del seguro que se detalla en la página 1 de la solicitud es **OBLIGATORIA**. Si no tiene seguro, indique "NINGUNO".

**Responda todas las preguntas en cada sección.** Si alguna sección no aplica a su situación, indíquelo en la solicitud escribiendo "No aplica". El incumplimiento de estas instrucciones podría demorar el procesamiento o causar la denegación de su solicitud. **La solicitud debe presentarse junto con toda la documentación de verificación requerida para ser considerada.**

Si se le otorga asistencia por parte de Stillwater Medical Center Authority, esta aplica únicamente a los proveedores empleados por Stillwater Medical, Stillwater Medical Blackwell, Stillwater Medical Perry y Stillwater Medical Center. **La asistencia financiera no aplica a Cimarron Medical Services.**

### **Firme y feche la solicitud antes de enviársela al asesor financiero.**

Su solicitud será revisada al recibirla, y se le enviará una notificación con la determinación por correo o por correo electrónico en un plazo aproximado de ocho semanas.

Gracias.

Vickey Peugh, asesora financiera  
Stillwater Medical Center  
1323 W. Sixth St.  
PO Box 2408  
Stillwater, OK 74076  
Teléfono: 405-742-5711  
Fax: 405-533-6071  
**vpeugh@stillwater-medical.org**

## Preguntas frecuentes sobre la asistencia financiera

### ¿Debo incluir la información de mi cónyuge?

Sí. Para solicitar asistencia financiera, debe presentar el recibo de sueldo actual o su declaración de seguro social, el extracto bancario de las cuentas corrientes y de ahorro (con la actividad detallada de los últimos 30 días) y la última declaración de impuestos federales de su cónyuge.

### Si soy declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona, ¿debo incluir su información?

Sí. Si es declarado como dependiente, debe presentar una copia de dicha declaración junto con una copia del recibo de sueldo más reciente y una copia actual del extracto bancario de las cuentas corrientes y de ahorro (con la actividad detallada de los últimos 30 días) de esa persona.

### ¿Los copagos son elegibles para la asistencia financiera?

Los copagos no son elegibles para la asistencia financiera y deben pagarse al momento de recibir el servicio. Son parte de su acuerdo contractual con su compañía de seguros.

### ¿Qué sucede si mi plan de seguro esta fuera de la red?

Usted es elegible para solicitar asistencia financiera si su plan de seguro fuera de la red tiene beneficios fuera de la red (no requiere que los servicios se completen únicamente en instalaciones dentro de la red).

### Si vivo con un compañero de cuarto que paga el alquiler, ¿debo incluir su información?

Si usted y su compañero de cuarto no presentan una declaración de impuestos federales conjunta, no es necesario incluir su información. Indique en el espacio adicional provisto en la solicitud que tiene un compañero de cuarto.

### ¿Recibiré un nuevo resumen una vez aplicada la asistencia financiera?

Se le enviará un nuevo estado de cuenta generado después de que se haya aplicado la asistencia financiera, en el siguiente ciclo de facturación.

### Mi sueldo se deposita directamente en una cuenta corriente. ¿Debo proporcionar una copia de mi recibo de sueldo?

Aunque su depósito se refleje en el extracto bancario, debe incluir una copia del recibo de sueldo.

Si no puede obtener una copia de su empleador o el departamento de recursos humanos, se aceptará una carta del empleador. La carta deberá incluir: salario por hora trabajada, número promedio de horas por período de pago, frecuencia de pago e información de contacto de alguien en su empresa.

### ¿Por qué el porcentaje de descuento aprobado es menor en algunas consultas?

Algunas clínicas de Stillwater Medical Center (SMC) operan como departamentos del hospital, mientras que otras funcionan como consultorios independientes. Para los servicios brindados por consultorios independientes, el programa de asistencia financiera otorga un descuento equivalente a la mitad del porcentaje aprobado para los servicios hospitalarios.

### Si me rechazan la solicitud por superar el límite de ingresos, ¿cuándo puedo volver a presentarla?

Puede volver a presentar la solicitud cuando cambie su situación financiera.

### ¿Puedo acordar un plan de pagos por un monto reducido mientras se procesa mi solicitud?

Sí. Comuníquese con la Oficina Administrativa al 405-246-9260 o al 405-742-5300. También puede realizar pagos en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana en [www.stillwater-medical.org/online-bill-pay](http://www.stillwater-medical.org/online-bill-pay).

### ¿Qué antigüedad pueden tener las cuentas para seguir siendo consideradas para recibir asistencia financiera?

Podemos aprobar la Asistencia Financiera para cuentas con fecha de servicio del 1 de enero del año calendario anterior. Las cuentas deben estar al corriente de pago.

Stillwater Medical Stillwater ● Stillwater Medical Blackwell ● Stillwater Medical Perry  
**\*\*\*Solicitud de asistencia financiera\*\*\***

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Sección 1: Solicitante**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono particular: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

¿Acepta recibir correos electrónicos de Stillwater Medical sobre esta solicitud? Y \_\_\_\_ N \_\_\_\_

Lista de los miembros del hogar	Relación	Fecha de nacimiento	N.º de SoonerCare

**Sección 2: Enumere todos los proveedores y clínicas de la Autoridad Médica de Stillwater donde se reciben los servicios:**

Médico(s): \_\_\_\_\_ Médico(s): \_\_\_\_\_  
 Médico(s): \_\_\_\_\_ Médico(s): \_\_\_\_\_

**Sección 3: Seguro médico**

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ N.º de identificación \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_

**Sección 4: Cálculo de ingresos**

	<u>Monto mensual actual</u>	
Ingresos del solicitante	\$	(Bruto)
Ingresos del cónyuge	\$	(Bruto)
Manutención infantil recibida:	\$	
Pensión alimenticia	\$	
Ingresos del seguro social (SSI)	\$	
Apoyo familiar	\$	
Apoyo de los padres	\$	
Pensión de jubilación	\$	
Cupones de alimentos	\$	
Asistencia de vivienda	\$	
Otro	\$	
Total de ingresos:	\$	

**Sección 5: Empleo**

Nombre del empleador del solicitante: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador del cónyuge: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Sección 6: Gastos**

<u>Gasto</u>	<u>Pago mensual</u>	<u>Valor actual</u>	
Seguro de automóvil	\$ _____	Bienes inmuebles	\$ _____
Préstamo para automóvil	\$ _____	Cuentas corrientes	\$ _____
Mantenimiento y combustible de automóvil	\$ _____	Cuentas de ahorro	\$ _____
Tarjetas de crédito	\$ _____	Certificados de depósito (CD)	\$ _____
Comestibles	\$ _____	Cuentas IRA/de jubilación	\$ _____
Préstamos	\$ _____	Acciones/bonos	\$ _____
Alquiler/hipoteca	\$ _____	Otros	\$ _____
Teléfono	\$ _____		\$ _____
Servicios públicos	\$ _____		\$ _____
Total de gastos:	\$ _____	Total de activos:	_____

¿Usted y/o su cónyuge tienen una cuenta corriente?

- No  
 **Sí. Si su respuesta es "Sí", adjunte un extracto con la actividad detallada de los últimos 30 días.**

¿Usted y/o su cónyuge tienen una cuenta de ahorro?

- No  
 **Sí. Si su respuesta es "Sí", adjunte un extracto con la actividad detallada de los últimos 30 días.**

¿Presentó la declaración de impuestos federales?

- No  
 **Sí. Si su respuesta es "Sí", adjunte una copia de su formulario 1040 de declaración de impuestos.**

Monto adeudado

\_\_\_\_\_

¿Fue declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?

- No  
 **Sí. Si su respuesta es "Sí", adjunte una copia del formulario 1040 de declaración de impuestos y una copia actual del recibo de sueldo de esa persona.**

¿Usted y/o su cónyuge reciben ingresos de un empleador?

- No  
 **Sí. Si su respuesta es "Sí", adjunte una copia de su recibo de sueldo más reciente y/o el de su cónyuge.**

**Si desea incluir información adicional que pueda ser útil para determinar su elegibilidad, agréguela en una hoja aparte.**

**DECLARACIÓN DE CONFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera. Autorizo a Stillwater Medical Center Authority a utilizar la información contenida en esta solicitud para verificar mi elegibilidad para este programa y a obtener los registros pertinentes de cualquier institución financiera o compañía de seguros. Esta información también puede divulgarse a otros acreedores (por ejemplo, cirujano, radiología y anestesiología) con el fin de obtener asistencia financiera.

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_