



PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

¡Gracias por aplicar a nuestro programa de asistencia financiera!

Estos documentos tendrán que ser entregados antes de que su solicitud pueda ser procesada:

- Solicitud completada
- Comprobante de ingresos

Por favor devuelva todos los documentos a su asesora financiera de pacientes dentro de los 30 días después de la fecha de su primera cita.

Family Health Center

Teléfono: (828) 771-3507

Fax: (828) 407-2640

Dirección postal:
MAHEC Family Health Center
123 Hendersonville Rd
Asheville NC 28803

Ob/Gyn Specialists

Teléfono: (828) 771-5443

Fax: (828) 407-2639

Dirección postal:
MAHEC Ob/Gyn Specialists
119 Hendersonville Rd
Asheville NC 28803

Dental Health Center at Columbus

Teléfono: (828) 722-0003

Fax: (828) 333-5460

Dirección postal:
MAHEC Dental Health Center at Columbus
130 Forest Glen Drive
Columbus, NC 28722

Si tiene alguna pregunta con respecto al programa de asistencia financiera, por favor no dude en ponerse en contacto con su asesora financiera de pacientes al número arriba citado.

¡Le agradecemos!



Programa de asistencia financiera

Apoyo financiero compasivo

Aplicación para un descuento basado en los ingresos del hogar

La política de MAHEC es proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del/la paciente. Los descuentos se ofrecen basándose en el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Por favor llene la información a continuación y devuelva el formulario a la recepción para determinar si usted o miembros de su familia reúnen los requisitos para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios proporcionados y facturables por MAHEC. La política de asistencia financiera de MAHEC no cubrirá los servicios realizados por organizaciones externas y equipos que sean comprados de empresas externas, incluyendo pruebas que se analizan en laboratorios externos, medicamentos e interpretación de radiografía por la consulta de un radiólogo y otros servicios similares. Este formulario debe ser completado cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

NOMBRE Y APELLIDO(S) DEL/LA PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN (CALLE)			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO

Por favor proporcione la información solicitada a continuación acerca de su pareja y dependientes.

Nombre y apellido(s)	Fecha de nacimiento	¿Necesita asistencia financiera?	¿Es paciente actual de MAHEC?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Ingresos anuales del hogar de todos los adultos que trabajan

Fuente	Usted	Pareja	Otro	Total
Los dos últimos talones de cheque, formulario de declaración de impuestos con el anexo C si trabaja por cuenta propia, o carta del empleador				
Compensación por desempleo, compensación al trabajador (indemnización por accidentes/enfermedades laborales), seguro social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, pagos al veterano, beneficios al sobreviviente, pensión o ingreso de jubilado				
Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de patrimonio/herencia, fondos fiduciarios, asistencia educacional, pensión alimenticia (conyugal), manutención infantil, asistencia de parte de fuentes fuera del hogar, y otras fuentes diversas				

NOTE BIEN: Antes de que se apruebe un descuento es necesario que proporcione copias de declaraciones de impuestos, talones de cheque, u otra información que verifique los ingresos.

Declaro que la arriba citada información acerca del tamaño de la familia y de los ingresos es correcta.

Nombre y apellidos (en letra de molde) _____

Firma _____ Fecha _____

Office Use Only (exclusivamente para uso oficial)

Approved by: _____

Date approved: _____

Family size: _____

Income: _____

Approved discount: _____

Date received signed agreement: _____

Verification Check List	Yes	No
Identification/Address: Driver's license, utility bill, employment ID, or		
Income: Prior year tax return, two most recent pay stubs, or other		