



Estimado paciente/garante

Por favor devuelva la solicitud completa y los siguientes documentos dentro de 10 días para procesar su solicitud de ayuda financiera:

- Estados de cuenta bancarios: 2 completadas, más recientes declaraciones para todos los control y cuentas de ahorro
- Información tributaria: Declaración de impuestos del año anterior
- Verificación de ingresos: últimos 30 días verificación botánica, desempleo, Seguridad Social, etcetera.
- Si estás en, han aplicado o son elegibles para programas de asistencia del Condado, estatal o Federal por favor proporcionar cartas de aprobación o negación u otra documentación (ejemplos, cupones para alimentos, Medicaid, asistencia en efectivo)
- Si han recibido ayuda económica de otro proveedor, hospital o clínica en lael año pasado por favor proporcione una copia de su carta de aprobación.

Si usted es incapaz de proporcionar uno o más de estos documentos, por favor proporcione una carta de explicación de por qué los documentos no fueron devueltos. No devolución requerida documentación o carta de explicación de por qué documentos fueron devueltos no resultará en su aplicación se negó.

Si un miembro de la familia o alguien que no sea un miembro de la familia es proporcionar más del 50% apoyo para gastos de mantenimiento, por favor proporcione la siguiente información para el apoyo individual.

- Nombre
- Relación con usted
- Número de teléfono

Inicio 01 de octubre de 2013 todas las personas sin seguro podrán inscribirse en la cobertura de salud como parte de la ley de asistencia asequible. Dependiendo de su situación financiera también puede ser calificado para obtener ayuda con el costo de esta cobertura. Para más información sobre cómo seleccionar cobertura para usted y sus dependientes por favor visite nuestro sitio web en [www.mercyhealth.com](http://www.mercyhealth.com) y haga clic en seguro de salud asequible o llame al 1-866-611-1513. **Le pedimos cada solicitante llenar el documento de certificación del mercado de seguro de salud si la cobertura no ha tenido efecto todavía o no se ha inscrito en un plan.**

**Solicitud debe enviarse a uno de los siguientes lugares:**

**Para las cuentas de Hospital:**

Piedad las cuentas de salud paciente  
1820 44th St SE  
Kentwood, MI 49508  
O fax: 616-685-3606

**Para San Francisco médico cuentas:**

**St. Francis Healthcare médico facturación**  
701 N Clayton St  
Wilmington, DE 19805  
O fax: 302-575-8342